

Maria José Garcia Gonçalves Pires



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM
SAÚDE**

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

UNIVERSIDADE ABERTA

Lisboa, 2009

*“A ciência é a luz do entendimento,
guia da verdade, companheira da sabedoria”.*

BOSSUET

Agradecimento

Gostaria de deixar aqui expresso os meus mais profundos e sentidos agradecimentos a todos aqueles que deram a sua contribuição para que esta dissertação fosse realizada.

Em primeiro lugar agradeço à Professora Doutora Natália Ramos, nossa orientadora de Dissertação, pelo rigor da sua orientação, apoio, disponibilidade e incentivo, no decorrer de toda a investigação. É devido à sua dedicação e estímulo que se deve o terminar do estudo numa fase de desalento e de grande obscuridade motivacional que atravessei e que só com o seu incentivo, persistência, compreensão e encaminhamento consegui ultrapassar.

Estou grata também pela liberdade de acção que me permitiu, que foi decisiva para que este trabalho contribuísse para o meu desenvolvimento pessoal.

Gostaria ainda de agradecer à Direcção do Centro de Saúde de Odivelas, pela colaboração e disponibilidade concedida, na recolha de informação.

Deixo também uma palavra de agradecimento a todos os profissionais, médicos e enfermeiros, que comigo colaboraram e me incentivaram nas horas de desânimo.

Aos professores do Mestrado, pela forma como o leccionaram e por me terem transmitido o interesse pelas matérias e aberto os horizontes da investigação.

São também dignos de uma nota de apreço os meus amigos, pelo alento, disponibilidade e incentivo.

De um modo muito particular refiro todos os utentes, com os quais contactei, pelo modo simpático e interessado de colaboração e que permitiram a realização deste estudo.

E por fim, lembro especialmente a minha família, pelas horas de convívio de que os privei e pela compreensão, carinho e incentivo que me dispensaram.

A todos, o meu muito obrigada!

RESUMO

PIRES, Maria José Gonçalves (2009). **Factores de Risco da Doença Coronária e Qualidade de Vida – Estudo Exploratório no Concelho de Odivelas**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.

A doença Coronária surge ligada a um leque infindável de problemas, os quais ultrapassam o modelo biomédico, salientando-se a necessidade de intervenção das várias ciências humanas, pela importante contribuição a dar, quando da mudança de comportamento e de estilos de vida nos factores de risco clínicos e comportamentais da mesma. O sofrimento e os custos causados pelas D.C., 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.

O objectivo deste estudo foi avaliar de que forma os estilos de vida, contextos de vida e vivências têm influencia no aparecimento de factores de risco da doença coronária e ou doença coronária e condicionam a qualidade de vida dos indivíduos da amostra, residentes no Concelho de Odivelas.

A presente investigação consiste num estudo exploratório e descritivo, utilizando uma amostra não probabilística de conveniência, tendo sido usado o método quantitativo. A amostra foi constituída por 100 participantes, definindo-se os critérios de selecção da mesma e as variáveis consideradas para o estudo.

A colheita de dados foi feita através dos inquéritos: Questionário Factores de Risco da Doença Coronária, Pires (2007); o questionário da Qualidade de Vida WHOQOL – Abreviado (1998), o Inventário Depressivo de Beck (1961), e a Escala de Ansiedade de Spielberger (STAI), traduzida por Américo Batista (1986).

No tratamento dos dados foi utilizado o *Software* estatístico SPSS, versão inglesa 17.0.

Foram fonte de análise, as variáveis sócio-demográficas, a caracterização clínica da amostra nos seus itens clínicos e comportamentais pelo Questionário Factores de Risco da Doença Coronária, a qualidade de vida, pelo questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL – Abreviado), os dados obtidos pela aplicação do Inventário Depressivo de Beck e os dados da ansiedade Estado e Traço pelo inventário de Spilberg, tendo chegado às seguintes principais conclusões:

A esmagadora maioria dos factores de risco descritos, clássicos e psicossociais, encontram-se presentes na amostra estudada; quanto aos itens clínicos, destacou-se a hipertensão arterial e a obesidade. No que diz respeito aos itens comportamentais, a grande maioria dos inquiridos revelou percentagens elevadas de comportamentos inadequados e conducentes ao

desenvolvimento de doença coronária, não só em itens individuais como também em associação com outros itens.

Obtiveram-se níveis de ansiedade traço moderado e confirmou-se um locus de controle Externo. Em relação à angina de peito, verificou-se estar relacionada com indivíduos de baixa escolaridade e instabilidade a nível do emprego.

Na avaliação global da qualidade de vida e a relação existente com:

A hereditariedade percebida verificou-se que os indivíduos que têm antecedentes familiares de doença coronária em média têm menores valores de QV.

A influência do Estado Emocional stress, os indivíduos com um estado emocional stress positivo apresentam em média valores da QV superiores.

Quanto à **influência do Estado Emocional Emotividade**, também foram verificados valores superiores de QV em indivíduos com um estado Emocional Emotividade, positivo.

A influência da Satisfação Pessoal, verificou-se que os que têm uma satisfação pessoal positiva apresentam em média valores de QV superiores.

A influência da tomada de decisão, demonstrou serem os indivíduos com mais dificuldades na tomada de decisão a terem menor QV.

São os inquiridos com hábitos de consumo positivo que apresentam valores de QV superiores.

Na influência da depressão, na avaliação global da QV, verificou-se existirem diferenças significativas entre os diferentes grupos, aumentando esta à medida que os indivíduos se situam no não terem depressão. Também, na influência da doença coronária (presença ou ausência) na QV, verificou-se que a doença coronária influencia a percepção da qualidade de vida, apresentando os indivíduos com D.C. valores inferiores.

Relativamente à influência do Estado Civil na avaliação global da qualidade de vida, verificou-se que os casados ou em união de facto, têm uma avaliação global da qualidade de vida superior aos restantes. Foram encontradas diferenças significativas relativamente à situação profissional actual, na avaliação da QV, principalmente entre os indivíduos activos e os que estão de baixa, verificando-se nos primeiros uma QV superior. Também o rendimento mensal e a QV se encontram directamente relacionados, aumentando a QV, à medida que aumenta o rendimento.

Verificou-se ainda, que os indivíduos com maior internalidade têm níveis superiores de QV.

Palavras chave: Factores de Risco da Doença Coronária; Estilos de Vida; Qualidade de Vida; Concelho de Odivelas.

ABSTRACT

PIRES, Maria José Gonçalves (2009). **Coronary Heart Disease Risk Factors and Quality of Life – Exploratory Study at Odivelas Municipality**. Health Communication Masters Dissertation. Lisbon: Universidade Aberta.

Coronary heart disease is associated to a vast number of issues that go beyond the biomedical model, stressing the need for the intervention of several human sciences due to the role played by behavioural and lifestyle changes in its clinical and behaviour risk factors. Pain and costs resulting from Coronary Heart Disease, (CHDs), gives them prevalence in such a degree that they are currently regarded as true social diseases: diseases with social genesis and repercussions.

This study aims to assess how lifestyles, life contexts, and life experiences influence the appearance of coronary heart disease risk factors and/or coronary disease, conditioning the quality of life of the sample's individuals residing at Odivelas Municipality.

This research is comprised of an exploratory and descriptive study, using a convenience non-probabilistic sample based on the quantitative method. The sample comprising 100 participants is defined by its selection criteria and variables set forth for the study.

Data collection was achieved by means of surveys: Coronary Heart Disease Risk Factors Questionnaire, Pires (2007); World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) (1998), Beck Depression Inventory, BDI, (1961), and Spielberger Anxiety Scale (STAIT), translated by Américo Baptista (1986).

Data processing was done by the statistical software SPSS, version 17.0 (English).

The social-demographic variables and the sample's clinical features were analyzed regarding its clinical and behavioural aspects based on the Coronary Heart Disease Risk Factors Questionnaire, quality of life, the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), and the data gathered by applying Beck Depression Inventory and Spielberger State-Trait Anxiety. The following was concluded:

An overwhelming majority of the risk factors described, classic and psychosocial, appear on the sample under study; regarding the clinical aspects, arterial hypertension and obesity stand out. As far as behavioural aspects are concerned, the vast majority of respondents showed high percentages of inadequate behaviours leading to the development of coronary heart disease, not only in individual aspects but as well as in association with other aspects.

Anxiety levels of moderate trace were obtained and an external locus of control was confirmed. In terms of *angina pectoris*, it was verified that it is associated with individuals with a low schooling degree and employment instability.

Concerning overall assessment of the quality of life and relationship with:

Perceived heredity, it was verified that on average individuals having a family history of coronary disease show low values of quality of life (QOL).

Influence of emotional stress, individuals with positive emotional stress show average values of higher QOL.

Influence of emotional emotivity, higher values of QOL were also noticed on individuals with positive Emotional Emotivity.

Influence of personal satisfaction, it was verified that those with a positive personal satisfaction show average values of higher QOL.

Influence of decision making, individuals having greater difficulties in reaching a decision present a lower QOL.

Respondents with a positive consumption habits present higher QOL values.

Depression influence on the overall assessment of the QOL revealed that there are significant differences between groups that tend to expand when individuals are not depressed. Regarding influence of the coronary disease (existence or lack thereof) on the QOL, it was noticed that coronary heart disease influences quality of life perception, having individuals with coronary heart disease (CHD) lower values.

In terms of Marital State influence on the overall assessment of the quality of life, married people or in cohabitation present a higher overall assessment of the quality of life. Major differences were registered on the QOL assessment concerning current employment conditions, mainly among active and on sick leave individuals, having the former a higher QOL. Monthly income and QOL are also closely correlated, increasing QOL as income increases.

It was also verified that individuals with greater internality have higher levels of QOL.

Keywords: Coronary Heart Disease Risk Factors; Lifestyles; Quality of Life; Odivelas Municipality.

SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

ACSMO - Associação Comunitária de Saúde Mental de Odivelas;
ANF - Associação Nacional das Farmácias;
APA - Agência Portuguesa do Ambiente;
APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima;
ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;
ATL - Actividades de Tempos Livres;
AVC - Acidente Vascular Cerebral;
CAAI - Centro de Atendimento e Apoio Integrado;
CAD – Bypass Aortocoronário
CAT - Centro de Atendimento a Toxicodependentes;
CAT- SMU - Centro de Atendimento a Toxicodependentes - Santa Maria da Urmeira;
CATL - EPSA - Centro de Atendimento a Toxicodependentes – Extensão da Póvoa de Santo Adrião;
CATUS - Centro de Atendimento de Urgências de Saúde;
CE - Comissão Europeia;
CEB - Ciclo do Ensino Básico;
Cf. - Confira;
CLAI - Centro Local de Apoio ao Imigrante;
CMO - Câmara Municipal de Odivelas;
CSO - Centro de Saúde de Odivelas;
CSP - Centro de Saúde da Pontinha;
DDO - Doenças de Declaração Obrigatória;
DC – Doença coronária
DGS – Direcção geral de Saúde
DHSAS - Departamento de Habitação, Saúde e Assunto Sociais;
DL - Decreto-Lei;
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica;
DSPT - Divisão de Saúde e da Prevenção das Toxicodependências;
EM – Enfarte do Miocárdio;
EP - Entidade Promotora;
ETAR - Estação de Tratamento de Águas Residuais;

FPC - Fundação Portuguesa de Cardiologia;
FR – Factores de Risco
GNR - Guarda Nacional Republicana;
HTA – Hipertensão arterial
IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência;
IEFP - Instituto do Emprego e Formação Profissional;
IGP - Instituto Geográfico Português;
IMC - Índice de Massa Corporal;
INE - Instituto Nacional de Estatística;
INH - Instituto Nacional de Habitação;
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social;
IQar - Índice de Qualidade do Ar;
IRAR - Instituto Regulador de Águas e Resíduos;
LER - Lista Europeia de Resíduos;
LPCS - Liga Portuguesa Contra a SIDA;
OMS - Organização Mundial de Saúde;
PJ - Polícia Judiciária;
PMSCO - Plano Municipal de Saúde do Concelho de Odivelas;
PNS - Plano Nacional de Saúde;
p. - página;
pp. - páginas;
ppm – partes por milhão;
Pr - Programa/Projecto;
PSP - Polícia de Segurança Pública;
Rev. - Revisão;
RPCS - Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis;
RSI - Rendimento Social de Inserção;
SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida;
SMAS-Loures - Serviços Municipalizados de Loures;
UCCPO - Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas;
VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana;
Vol. - Volume;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	30
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO –CONCEPTUAL	39
CAPÍTULO I: A DOENÇA CORONÁRIA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	40
1.1. Factores de risco da Doença Coronária	43
1.2. Abordagem de Itens Clínicos	47
1.2.1. Hipertensão Arterial	47
1.2.2. Diabetes	50
1.2.3. Obesidade	52
1.2.4. Dislipidémia	55
1.2.5. Hipercolesterolemia	56
1.2.6. Hereditariedade	59
1.3. Abordagem De Estilos De Vida /Factores Intervenientes Na Doença Coronária	61
1.3.1. Hábitos tabágicos	61
1.3.2. Stress	62
1.3.3. Comportamento Tipo A	65
1.3.4. Ansiedade, Depressão e Locus de Controle	66
1.3.5. Sedentarismo	70
1.3.6. Idade e sexo	72
1.3.7. Factores sócio-ambientais	73
CAPÍTULO II :	
A REABILITAÇÃO CARDÍACA, CAPACITAÇÃO E ESTILO DE VIDA	76
2.1. Definição, objectivos e componentes da reabilitação cardíaca	76
2.2. Implicações Psicológicas da Doença – Imagem corporal	79
2.3. Capacitação	81
2.4. Estilo De Vida	82
CAPÍTULO III:	
ENVELHECIMENTO, RELIGIÃO E A SAÚDE E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	84
3.1. Envelhecimento e Saúde	84
3.1.1. Envelhecimento Demográfico	85

3.1.2. Envelhecimento Demográfico em Portugal	87
3.1.3. Envelhecimento, Reforma e Velhice	88
3.2. A Religião E A Saúde	95
3.2.1. Religião e Espiritualidade	98
3.3. Comunicação Em Saúde	99
3.3.1. O Modelo de Gestão Coordenada de Significações ou do Sentido	104
CAPÍTULO IV: QUALIDADE DE VIDA	113
4.1. Qualidade de Vida: O Conceito	113
4.2. Modelos e Abordagens Teóricas sobre a Qualidade de Vida	117
4.3. Qualidade de Vida relacionada com a saúde	118
4.4. Avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde	122
PARTE II: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	127
CAPÍTULO V:	
CARACTERIZAÇÃO SÓCIO CULTURAL DO CONCELHO DE ODIVELAS	128
5.1. Área Geográfica de Actuação em Saúde e População	128
5.2. Caracterização das Freguesias abrangidas pelo Centro de Saúde de Odivelas	129
5.3. Perfil de Saúde do Concelho de Odivelas 2008	129
5.3.1. Perfil de saúde: princípios e objectivos	129
5.3.2. Caracterização demográfica - dinâmica populacional	131
5.3.3. Indicadores e cuidados de saúde	132
5.3.4. Ambiente	136
5.3.5. Actividade Económica	137
5.3.6. Urbanismo e Habitação	137
5.3.7. Segurança	139
5.3.8. Educação	140
5.3.9. Cultura	141
5.3.10. Acção Social	141
5.3.11. Alimentação	142
5.3.12. Actividade Física	143
5.3.13. Tabagismo	144
5.3.14. Alcoolismo	147

5.3.15. Consumo de Drogas Ilícitas	148
5.3.16. CAT de Loures – Extensão da Póvoa de Santo Adrião	149
5.3.17. Vivências Do Concelho	149
5.3.18. Equipamentos De Saúde	151
5.3.19. Centros De Saúde	152
CAPÍTULO VI:	
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	153
6.1. Introdução	153
6.2. Tipo de Investigação	154
6.3. Caracterização da Amostra	155
6.4. Instrumentos De Pesquisa	155
6.5. Aplicação dos Instrumentos	160
6.6. Critérios De Selecção Da Amostra / Variáveis Consideradas Para O Estudo	161
6.7. Questões e Objectivos de Investigação	162
6.8. Tratamento dos Dados	163
CAPÍTULO VII:	
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	165
7.1. Análise Estatística Do Questionário De Factores De Risco Da Doença Coronária	165
7.1.1. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra	165
7.1.2. Caracterização Clínica da Amostra	188
7.1.3. Itens Comportamentais	196
7.2. Qualidade De Vida	231
7.2.1. Análise estatística do Questionário Da Qualidade De Vida Whoqol Abreviado	231
7.3. Depressão	255
7.3.1. Estatística descritiva do Questionário Inventário Depressivo de Beck	255
7.4. Ansiedade Estado	278
7.4.1. Estatística Descritiva - Distribuição Percentual das respostas da Totalidade da Amostra aos Itens da Ansiedade Estado	278
7.5. Ansiedade Traço	292

7.5.1. Estatística Descritiva - Distribuição Percentual das respostas da Totalidade da Amostra aos Itens da Ansiedade Traço	292
7.6. Características Significativas Das Modalidades Das Variáveis Em Estudo	307
7.6.1. Qual o impacto dos factores de risco da Doença Coronária e ou doença coronária na Qualidade de vida de Indivíduos residentes na região de Odivelas?	307
I. Influência da hereditariedade percebida na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>breef</i>)	307
II. Influência da presença da Diabetes Mellitus percebida na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>breef</i>)	308
III. Influência da presença de peso acima do normal para a sua altura (obesidade) percebida na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>breef</i>)	309
IV. Influência da presença de Hipercolesterolemia percebida na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>breef</i>)	311
V. Influência da presença de Hipertensão percebida na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>breef</i>)	312
VI. Influência do Estado Emocional – Stress (dimensão 1 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>breef</i>)	313
VII. Influência do Estado Emocional – Emotividade (dimensão 2 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>breef</i>)	314
VIII. Influência da Satisfação Pessoal (dimensão 3 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>breef</i>)	315
IX. Influência Actividade (dimensão 4 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>breef</i>)	317
X. Influência Realização profissional (dimensão 5 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>breef</i>)	318
XI. Influência da Mobilidade (dimensão 6 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>breef</i>)	319
XII. Influência dos Métodos Contraceptivos (dimensão 7 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>breef</i>) – aplicável somente às mulheres	321

XIII. Influência da Tomada de decisão (dimensão 8 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>brief</i>)	322
XIV. Influência dos hábitos de consumo (dimensão 9 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>brief</i>)	323
XV. Influência da Ansiedade estado (Questionário de auto-avaliação STAI forma Y-1) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>brief</i>)	324
XVI. Influência da Ansiedade Traço (Questionário de auto-avaliação STAI forma Y-2) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>brief</i>)	326
XVII. Influência da Depressão (Inventário Beck) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL- <i>brief</i>)	327
7.6.2. Influência da Doença Coronária (presença ou ausência) na Qualidade de vida	328
7.6.3. Diferença dos níveis de ansiedade (STAI Y-1 e STAI Y-2) entre o ter ou não Doença Coronária, nos indivíduos do concelho de Odivelas	329
7.6.4. Diferença dos níveis de depressão entre o ter ou não Doença Coronária, nos indivíduos do concelho de Odivelas	330
7.6.5. Relação das variáveis Sócio-Demográficas (género e idade) na percepção da qualidade de vida	331
7.6.6. Relação das habilitações literárias com os factores de risco	334
7.6.7. Relação da condição económica com os factores de risco	334
7.6.8. Influência do Estado Civil na avaliação global da qualidade de vida	336
7.6.9. Relação da idade do Cônjuge e a avaliação global da qualidade de vida	337
7.6.10. Influência do Número de filhos na avaliação global da qualidade de vida	337
7.6.11. Relação entre o Número de anos que vive na localidade e a avaliação global da qualidade de vida	338
7.6.12. Influência da situação profissional actual na avaliação global da qualidade de vida	339
7.6.13. Influência do rendimento mensal na avaliação global da qualidade de vida	342
7.6.14. Diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre a internalidade e externalidade (quadros nº 134 a 139)	344
7.6.15. Diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre a prática (ou não) de religião	349
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES	351

LIMITAÇÕES DO ESTUDO	367
SUGESTÕES DE TRABALHO FUTURO	368
BIBLIOGRAFIA	370
GLOSSÁRIO	392
ANEXOS	
ANEXO I – Concelho de Odivelas e suas freguesias	
ANEXO II – Autorização da Direcção do Centro de Saúde de Odivelas	
ANEXO III – Informação para consentimento de entrevista por questionário	
ANEXO IV – Questionário dos factores de risco de doença coronária	
ANEXO V – Instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL – Abreviado	
ANEXO VI – Inventário Depressivo de Beck	
ANEXO VII – Questionário de auto-avaliação de Spielberger	
ANEXO VIII – Sintaxe SPSS – WHOQOL – abreviado	
ANEXO IX – Naturalidade	
ANEXO X – Número de vezes que mudou de localidade	
ANEXO XI – Profissões	
ANEXO XII – Diagnóstico clínico	
ANEXO XIII – Itens de 8 a 41 do questionário dos factores de risco da Doença Coronária	
ANEXO XIV – Análise da consistência interna do questionário de factores de risco	
ANEXO XV – Análise factorial	
ANEXO XVI – Consistência interna das dimensões do questionário dos factores de risco	
ANEXO XVII – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste ON Way – ANOVA e teste de comparações múltiplas de Tuckey; Antecedentes familiares e qualidade de vida global.	
ANEXO XVIII – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste ON Way – ANOVA e teste de comparações múltiplas de Tuckey; Diabetes Mellitus e qualidade de vida global.	
ANEXO XIX – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste ON Way – ANOVA e teste de comparações múltiplas de Tuckey; Pesar mais do que o normal para a sua altura e qualidade de vida global.	
ANEXO XX – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste ON Way – ANOVA e teste de comparações múltiplas de Tuckey; Hipercolesterolemia e qualidade de vida global.	
ANEXO XXI – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste ON Way – ANOVA e teste de comparações múltiplas de Tuckey; Hipertensão e qualidade de vida global.	

ANEXO XXII – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste t para amostras independentes: estado emocional – stress e qualidade de vida global.

ANEXO XXIII – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste t para amostras independentes: estado emocional – emotividade e qualidade de vida global.

ANEXO XXIV – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste t para amostras independentes: satisfação pessoal e qualidade de vida global.

ANEXO XXV – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste t para amostras independentes: actividade e qualidade de vida global.

ANEXO XXVI – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste t para amostras independentes: realização profissional e qualidade de vida global.

ANEXO XXVII – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste t para amostras independentes: mobilidade e qualidade de vida global.

ANEXO XXVIII – Comparações múltiplas para o teste de Kruskal Wallis: Tomada de decisão v.s. qualidade de vida global.

ANEXO XXIX – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste t para amostras independentes: hábitos de consumo e qualidade de vida global.

ANEXO XXX – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste t para amostras independentes: ansiedade estado e ansiedade traço e qualidade de vida global.

ANEXO XXXI - Verificação dos pressupostos de aplicação do teste ON Way – ANOVA e teste de comparações múltiplas de Tuckey; Depressão e qualidade de vida global.

ANEXO XXXII – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste t para amostras independentes: doença coronária e qualidade de vida global.

ANEXO XXXIII - Verificação dos pressupostos de aplicação do teste t para amostras independentes: ansiedade estado e ansiedade traço e doença coronária.

ANEXO XXXIV – Verificação dos pressupostos de aplicação do teste t para amostras independentes: depressão e doença coronária.

ANEXO XXXV – Classificação Nacional das Profissões

QUADROS

QUADRO Nº 1 – Apresentação dos Factores de Risco	46
QUADRO Nº 2 – Classificação da pressão arterial para adultos (Mais de 18 anos)	48
QUADRO Nº 3 – Efeitos e custos do stress na saúde	63
QUADRO Nº 4 – Estrutura Estaria da População Portuguesa (%) – Evolução 1960-2001	88

QUADRO N° 5 – Dimensões da qualidade de vida	125
QUADRO N° 6 – Utentes inscritos no Centro de Saúde com e sem médico de família	132
QUADRO N° 7 – Recursos Humanos do Centro de Saúde de Odivelas (2004 – 2006)	135
QUADRO N° 8 – Associações/colectividades com actividade desportiva do Concelho de Odivelas	144
QUADRO N° 9 – Indicação das variáveis sócio demográficas	166
QUADRO N° 10 – Distribuição de frequências para o Género	166
QUADRO N° 11 – Medidas descritivas para a idade	167
QUADRO N° 12 – Distribuição por residência	169
QUADRO N° 13 – Distribuição por freguesia	169
QUADRO N° 14 – Distribuição de frequências do Estado Civil	170
QUADRO N° 15 – Medidas descritivas para a Idade do Conjugue	171
QUADRO N° 16 – Distribuição por número de filhos	173
QUADRO N° 17 – Com quem habita?	174
QUADRO N° 18 – Distribuição das respostas relativamente às Condições habitacionais	175
QUADRO N° 19 - Tem elevador?	176
QUADRO N° 20 - Número de assoalhada	176
QUADRO N° 21 - A sua habitação tem	177
QUADRO N° 22 - Medidas descritivas do número de anos que vive nesta localidade	178
QUADRO N° 23 - Medidas descritivas do número de vezes que mudou de casa	179
QUADRO N° 24 - Distribuição por grupo profissional, segundo classificação do INE	181
QUADRO N° 25 - Situação profissional actual	181
QUADRO N° 26 - O seu rendimento mensal dá-lhe para os seus gastos?	182
QUADRO N° 27 Tem ajudas	183
QUADRO N° 28 - De quem tem ajudas?	183
QUADRO N° 29 - Habilitações literárias/escolaridade	184
QUADRO N° 30 - Medidas descritivas para a idade em que deixou de estudar	185
QUADRO N° 31 - Distribuição por religião	186
QUADRO N° 32 - Distribuição da prática da religião	187
QUADRO N° 33 - Diagnóstico Clínico	188
QUADRO N° 34 - Distribuição das respostas dos itens clínicos percebidos	189
QUADRO N° 35 - Hereditariedade v.s. Ter antecedentes familiares - hereditariedade (ter na família, pai, mãe, irmãos com problemas cardíacos)	193

QUADRO Nº 36 - Diabetes Mellitus v.s. Ter diabetes mellitus (açúcar no sangue ou na urina), Aumentados	193
QUADRO Nº 37 - Obesidade v.s. Pesar mais do que o normal, para a sua altura – Obesidade	194
QUADRO Nº 38 - Hipercolesterolemia v.s. Ter hipercolesterolemia (níveis de colesterol elevados)	195
QUADRO Nº 39 - Diagnóstico clínico Hipertensão v.s. Diagnóstico percebido hipertensão (tensão arterial elevada)	195
QUADRO Nº 40 - Itens comportamentais – 1	196
QUADRO Nº 41 - Itens comportamentais – 2	197
QUADRO Nº 42 - Frequência de programa de intervenção em Saúde	224
QUADRO Nº 43 - Frequência de programas de intervenção em saúde	224
QUADRO Nº 44 - Itens comportamentais - alternativas A e B	225
QUADRO Nº 45 - Medidas descritivas da avaliação global das dimensões do questionário de Factores de Risco	230
QUADRO Nº 46 - Distribuição das respostas relativas à forma como avaliam a sua qualidade de vida	231
QUADRO Nº 47 - Distribuição das respostas em relação à satisfação com a saúde	232
QUADRO Nº 48 - Distribuição das respostas relativamente a: O quanto tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas	233
QUADRO Nº 49 - Quanto se tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas	238
QUADRO Nº 50 - Distribuição das respostas relativamente à capacidade de Movimentação	243
QUADRO Nº 51 - Distribuição das respostas relativamente ao quanto bem ou satisfeito se sentiu a respeito dos vários aspectos da sua vida, nas últimas duas semanas	244
QUADRO Nº 52 - Com que frequência tem sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	251
QUADRO Nº 53 - Alguém o ajudou a preencher este questionário?	252
QUADRO Nº 54 - Medidas descritivas para o tempo que demoraram a preencher o Questionário	253
QUADRO Nº 55 - Medidas descritivas da avaliação das dimensões do questionário WHOQOL-brief	255
QUADRO Nº 56 - Distribuição das respostas relativas ao grupo de afirmativas 1 do I. B	255.

QUADRO N° 57 - Distribuição das respostas relativas ao grupo de afirmativas 2 do I. B	256.
QUADRO N° 58 - Distribuição das respostas relativas ao grupo de afirmativas 3 do I. B	257
QUADRO N° 59 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 4 do I. B	258
QUADRO N° 60 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 5 do I. B	259.
QUADRO N° 61 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 6 do I. B	260
QUADRO N° 62 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 7 do I. B	261
QUADRO N° 63 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 8 do I. B	262
QUADRO N° 64 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 9 do I. B	263
QUADRO N° 65 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 10 do I. B	264
QUADRO N° 66 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 11 do I. B	265
QUADRO N° 67 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 12 do I. B	266
QUADRO N° 68 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 13 do I. B	267
QUADRO N° 69 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 14 do I. B	268
QUADRO N° 70 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 15 do I. B	269
QUADRO N° 71 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 16 do I. B	270
QUADRO N° 72 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 17 do I. B	271
QUADRO N° 73 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 18 do I. B	272
QUADRO N° 74 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 19 do I. B	273
QUADRO N° 75 - Distribuição das respostas relativas pergunta 19-1 do I. B	274
QUADRO N° 76 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 20 do I. B	275
QUADRO N° 77 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 21 do I. B	276
QUADRO N° 78 - Medidas descritivas da avaliação global do Inventário Beck	277
QUADRO N° 79 - Distribuição das respostas ao questionário de Auto-Avaliação – STAI forma Y-1 - ansiedade estado	278
QUADRO N° 80 - Medidas descritivas da avaliação global da escala STAI forma Y-1	291
QUADRO N° 81 - Distribuição das respostas relativas aos itens que constituem O Questionário Auto- Avaliação - STAI forma Y-2 - Ansiedade traço - (O que sente Habitualmente)	292
QUADRO N° 82 - Medidas descritivas para a avaliação global STAI forma Y-2	305
QUADRO N° 83 - Resultados do teste One Way-ANOVA	307
QUADRO N° 84 - Resultados do teste One Way-ANOVA	309
QUADRO N° 85 - Resultados do teste One Way-ANOVA	310
QUADRO N° 86 - Resultados do teste One Way-ANOVA	311
QUADRO N° 87 - Resultados do teste One Way-ANOVA	312

QUADRO Nº 88 - Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global do Estado Emocional – Stress	313
QUADRO Nº 89 - Resultados do teste t para amostras independentes	314
QUADRO Nº 90 - Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global do Estado Emocional – Emotividade	315
QUADRO Nº 91 - resultados do teste t para amostras independentes	315
QUADRO Nº 92 - Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global do Estado Emocional – Stress	316
QUADRO Nº 93 - resultados do teste t para amostras independentes	316
QUADRO Nº 94 - Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global Actividade	317
QUADRO Nº 95 - resultados do teste t para amostras independentes	318
QUADRO Nº 96 - Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global - Realização profissional	319
QUADRO Nº 97 - Resultados do teste t para amostras independentes	319
QUADRO Nº 98 - Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global da Mobilidade	320
QUADRO Nº 99 - Resultados do teste t para amostras independentes	320
QUADRO Nº 100 - Média dos ordens das categorias dos métodos contraceptivos	321
QUADRO Nº 101 - Resultados do teste de Kruskal Wallis	321
QUADRO Nº 102 - Média dos ordens das categorias da Tomada de decisão	322
QUADRO Nº 103 - Resultados do teste de Kruskal Wallis	322
QUADRO Nº 104 - Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global dos hábitos de consumo	324
QUADRO Nº 105 - Resultados do teste t para amostras independentes	324
QUADRO Nº 106 - Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global da Ansiedade Estado	325
QUADRO Nº 107 - Resultados do teste t para amostras independentes	325
QUADRO Nº 108 - Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global da Ansiedade Traço	326
QUADRO Nº 109 - resultados do teste t para amostras independentes	327
QUADRO Nº 110 - Resultados da aplicação da One Way-ANOVA	327
QUADRO Nº 111 - Medidas descritivas para as duas categorias da Doença Coronária	328

QUADRO N° 112 - Resultados do teste t para amostras independentes	329
QUADRO N° 113 - Medidas descritivas da avaliação global STAI Y-1 e STAI Y-2 em cada uma das categorias da Doença Coronária	329
QUADRO N° 114 - Resultados do teste t para amostras independentes	330
QUADRO N° 115 - Medidas descritivas da avaliação global do I.B. em cada uma das categorias da Doença Coronária	330
QUADRO N° 116 - Resultados do teste t para amostras independentes	331
QUADRO N° 117 - Coeficiente de correlação de Pearson entre idade v.s. Avaliação global da qualidade de vida idade v.s. Domínio físico WHOQOL-brief, idade v.s. Domínio psicológico WHOQOL-brief, idade v.s. Domínio relações sociais WHOQOL-brief e idade v.s. Domínio meio ambiente WHOQOL-brief	331
QUADRO N° 118 - Medida de associação Eta género v.s. Avaliação global da qualidade de vida	333
QUADRO N° 119 - Medida de associação Eta género v.s. Domínio Físico	333
QUADRO N° 120 - Medida de associação Eta género v.s. Domínio Psicológico	333
QUADRO N° 121 - Medida de associação Eta género v.s. Domínio Relações sociais	333
QUADRO N° 122 - Medida de associação Eta género v.s. Domínio Meio ambiente	334
QUADRO N° 123 - Resultados do teste de Kruskal-Wallis	336
QUADRO N° 124 - Resultados do teste de Kruskal-Wallis	338
QUADRO N° 125 - Resultados do teste de Kruskal-Wallis	340
QUADRO N° 126 - Resultados do teste de Mann-Whitney – Comparação Reformado/pensionista com Activo	340
QUADRO N° 127 - Resultados do teste de Mann-Whitney – Comparação Reformado/pensionista com Baixa	341
QUADRO N° 128 - Resultados do teste de Mann-Whitney – Comparação activo com baixa	341
QUADRO N° 129 - Resultados do teste de Kruskal-Wallis	342
QUADRO N° 130 - Resultados do teste de Mann-Whitney – Comparação Sim com Não	343
QUADRO N° 131 - Resultados do teste de Mann-Whitney – Comparação Sim com às vezes	343
QUADRO N° 132 - Resultados do teste de Mann-Whitney – Comparação Não com Às vezes	344

QUADRO Nº 133 - Resultados do teste de Mann-Whitney – AB1: Comparação Internalidade com Externalidade	345
QUADRO Nº 134 - Resultados do teste de Mann-Whitney – AB2: Comparação Internalidade com Externalidade	346
QUADRO Nº 135 - Resultados do teste de Mann-Whitney – AB3: Comparação Internalidade com Externalidade	347
QUADRO Nº 136 - Resultados do teste de Mann-Whitney – AB4: Comparação Internalidade com Externalidade	348
QUADRO Nº 137 - Resultados do teste de Mann-Whitney – AB5: Comparação Internalidade com Externalidade	349
QUADRO Nº 138 - Resultados do teste de Mann-Whitney – Comparação entre pratica e não pratica a sua religião	350

TABELAS

TABELA Nº 1 – Definição Continua da Comunicação	103
---	-----

GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 1 – Pirâmide de Idades - Portugal. 1991	87
GRÁFICO Nº 2 - Distribuição de frequências para o Género	166
GRÁFICO Nº 3 - Distribuição de frequências por grupo etário	167
GRÁFICO Nº 4 - Distribuição de frequências do Estado Civil	171
GRÁFICO Nº 5 - Distribuição por idade do conjuge	172
GRÁFICO Nº 6 - Distribuição por número de filhos	173
GRÁFICO Nº 7 - Distribuição das respostas, relativamente a com quem habitam	175
GRÁFICO Nº 8 - Distribuição das respostas relativamente às condições habitacionais	175
GRÁFICO Nº 9 - Tem elevador?	176
GRÁFICO Nº 10 - Número de assoalhadas	176
GRÁFICO Nº 11 - A sua habitação tem	177
GRÁFICO Nº 12 - Número de vezes que mudou de localidade	178
GRÁFICO Nº 13 - Distribuição por classes de anos de residência na localidade	179
GRÁFICO Nº 14 - Distribuição por número de vezes que mudou de casa	180
GRÁFICO Nº 15 - Distribuição das respostas por situação profissional actual	182
GRÁFICO Nº 16 - O seu rendimento mensal dá-lhe para os seus gastos?	182

GRÁFICO Nº 17 - Tem ajudas?	183
GRÁFICO Nº 18 - Habilitações literárias / Escolaridade	185
GRÁFICO Nº 19 - Distribuição da idade em que deixou de estudar	186
GRÁFICO Nº 20 - Distribuição por religião	187
GRÁFICO Nº 21 - Distribuição da prática da religião	187
GRÁFICO Nº 22 - Distribuição das respostas relativas aos antecedentes familiares	189
GRÁFICO Nº 23 - Distribuição das respostas relativas à Diabetes Mellitus	190
GRÁFICO Nº 24 - Distribuição das respostas relativas a pesar mais do que o normal	191
GRÁFICO Nº 25 - Distribuição das respostas relativas a ter hipercolesterolemia	191
GRÁFICO Nº 26 - Distribuição das respostas relativas à hipertensão	192
GRÁFICO Nº 27 - Distribuição das respostas relativamente ao consumo de tabaco	197
GRÁFICO Nº 28 - Distribuição das respostas relativamente ao consumo de anti concepcionais	198
GRÁFICO Nº 29 - Distribuição das respostas quanto ao consumo de gorduras	198
GRÁFICO Nº 30 - Distribuição das respostas quanto ao consumo de álcool	199
GRÁFICO Nº 31 - Distribuição das respostas quanto ao excesso de trabalho	200
GRÁFICO Nº 32 - Distribuição das respostas quanto à actividade física	201
GRÁFICO Nº 33 - Distribuição das respostas quanto à forma como se desloca	202
GRÁFICO Nº 34 - Distribuição das respostas quanto ao trabalho sedentário	202
GRÁFICO Nº 35 - Distribuição das respostas quanto aos tempos livre	203
GRÁFICO Nº 36 - Distribuição das respostas quanto ao tempo para lazer	204
GRÁFICO Nº 37 - Distribuição das respostas quanto ao stress	204
GRÁFICO Nº 38 - Distribuição das respostas quanto às horas de sono	205
GRÁFICO Nº 39 - Distribuição das respostas quanto ao querer fazer muita coisa em pouco tempo	206
GRÁFICO Nº 40 - Distribuição das respostas quanto à frequência com que se sente deprimido	207
GRÁFICO Nº 41 - Distribuição das respostas quanto à frequência com que se sente triste	207
GRÁFICO Nº 42 - Distribuição das respostas quanto à frequência com que se sente desencorajado	208
GRÁFICO Nº 43 - Distribuição das respostas quanto ao modo como costuma gostar das coisas	209
GRÁFICO Nº 44 - Distribuição das respostas quanto à culpa	210
GRÁFICO Nº 45 - Distribuição das respostas quanto à frequência com que chora	211

GRÁFICO Nº 46 - Distribuição das respostas quanto à frequência com que se sente Irritado	211
GRÁFICO Nº 47 - Distribuição das respostas quanto à frequência com que se interessa pelos outros	212
GRÁFICO Nº 48 - Distribuição das respostas quanto à dificuldade em tomar decisões	213
GRÁFICO Nº 49 - Distribuição das respostas quanto à frequência com que se sente ansioso	213
GRÁFICO Nº 50 - Distribuição das respostas quanto à frequência com que se sente bem	214
GRÁFICO Nº 51 - Distribuição das respostas quanto ao sentimento de frustração	215
GRÁFICO Nº 52 - Distribuição das respostas quanto à frequência com que se sente falta de auto-confiança	215
GRÁFICO Nº 53 - Distribuição das respostas quanto à frequência com que se sente Insegurança	216
GRÁFICO Nº 54 - Distribuição das respostas quanto à frequência da afecção das contrariedades	217
GRÁFICO Nº 55 - Distribuição das respostas quanto à frequência dos problemas financeiros	217
GRÁFICO Nº 56 - Distribuição das respostas quanto à frequência do isolamento social	218
GRÁFICO Nº 57 - Distribuição das respostas quanto à frequência da necessidade de mudar de casa	219
GRÁFICO Nº 58 - Distribuição das respostas quanto à frequência da necessidade de mudar de emprego	220
GRÁFICO Nº 59 - Distribuição das respostas quanto à frequência com que pode contar com o apoio da família	221
GRÁFICO Nº 60 - Distribuição das respostas quanto à frequência com que não conta com o apoio dos colegas ou superiores no trabalho	222
GRÁFICO Nº 61 - Distribuição das respostas quanto à frequência com que se tenta ultrapassar	223
GRÁFICO Nº 62 - Frequência de programa de intervenção em Saúde	224
GRÁFICO Nº 63 - Distribuição das respostas por internalidade e externalidade – AB1	226
GRÁFICO Nº 64 - Distribuição das respostas por internalidade e externalidade – AB2	226
GRÁFICO Nº 65 - Distribuição das respostas por internalidade e externalidade – AB3	227
GRÁFICO Nº 66 - Distribuição das respostas por internalidade e externalidade – AB4	227

GRÁFICO Nº 67 - Distribuição das respostas por internalidade e externalidade – AB5	228
GRÁFICO Nº 68 - Distribuição das respostas relativas à forma como avaliam a sua qualidade de vida	231
GRÁFICO Nº 69 - Distribuição das respostas em relação à satisfação com a saúde	232
GRÁFICO Nº 70 - Distribuição das respostas relativamente ao impedimento de realizar tarefas pela dor física	234
GRÁFICO Nº 71 - Distribuição das respostas relativamente à necessidade de tratamento médico	234
GRÁFICO Nº 72 - Distribuição das respostas relativamente ao quanto aproveita a vida	235
GRÁFICO Nº 73 - Distribuição das respostas relativamente ao sentido da vida	236
GRÁFICO Nº 74 - Distribuição das respostas relativamente à concentração	236
GRÁFICO Nº 75 - Distribuição das respostas relativamente à segurança quotidiana	237
GRÁFICO Nº 76 - Distribuição das respostas relativamente ao ambiente físico	238
GRÁFICO Nº 77 - Distribuição das respostas relativamente à energia	239
GRÁFICO Nº 78 - Distribuição das respostas relativamente à capacidade de aceitação da aparência física	240
GRÁFICO Nº 79 - Distribuição das respostas relativamente à condição monetária	240
GRÁFICO Nº 80 - Distribuição das respostas relativamente à disponibilidade de informação	241
GRÁFICO Nº 81 - Distribuição das respostas relativamente a actividades de lazer	242
GRÁFICO Nº 82 - Distribuição das respostas relativamente à capacidade de movimentação	243
GRÁFICO Nº 83 - Distribuição das respostas relativamente à satisfação com o sono	245
GRÁFICO Nº 84 - Distribuição das respostas relativamente à capacidade de desenvolver as actividades da vida diária	245
GRÁFICO Nº 85 - Distribuição das respostas relativamente à capacidade para o trabalho	246
GRÁFICO Nº 86 - Distribuição das respostas relativamente à satisfação consigo próprio	247
GRÁFICO Nº 87 - Distribuição das respostas relativamente à satisfação das relações pessoais	247
GRÁFICO Nº 88 - Distribuição das respostas relativamente à satisfação da vida sexual	248
GRÁFICO Nº 89 - Distribuição das respostas relativamente apoio dos amigos	249
GRÁFICO Nº 90 - Distribuição das respostas relativamente ao local de residência	249
GRÁFICO Nº 91 - Distribuição das respostas relativamente ao acesso aos serviços de saúde	250
GRÁFICO Nº 92 - Distribuição das respostas relativamente ao meio de transporte	251
GRÁFICO Nº 93 - Distribuição das respostas relativamente aos sentimentos negativos	252
GRÁFICO Nº 94 - Alguém o ajudou a preencher este questionário?	253

GRÁFICO Nº 95 - Distribuição do tempo que demorou a preencher o questionário	254
GRÁFICO Nº 96 - Distribuição das respostas relativas ao grupo de afirmativas 1 do I.B	256
GRÁFICO Nº 97 - Distribuição das respostas relativas ao grupo de afirmativas 2 do I. B	257
GRÁFICO Nº 98 - Distribuição das respostas relativas ao grupo de afirmativas 3 do I. B	258
GRÁFICO Nº 99 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 4 do I. B	259
GRÁFICO Nº 100 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 5 do I. B	260
GRÁFICO Nº 101 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 6 do I. B	261
GRÁFICO Nº 102 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 7 do I. B	262
GRÁFICO Nº 103 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 8 do I. B	263
GRÁFICO Nº 104 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 9 do I. B	264
GRÁFICO Nº 105 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 10 do I. B	265
GRÁFICO Nº 106 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 11 do I. B	266
GRÁFICO Nº 107 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 12 do I. B	267
GRÁFICO Nº 108 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 13 do I. B	268
GRÁFICO Nº 109 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 14 do I. B	269
GRÁFICO Nº 110 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 15 do I. B	270
GRÁFICO Nº 111 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 16 do I. B	271
GRÁFICO Nº 112 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 17 do I. B	272
GRÁFICO Nº 113 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 18 do I. B	273
GRÁFICO Nº 114 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 19 do I. B	274
GRÁFICO Nº 115 - Distribuição das respostas relativas pergunta 19-1 do I. B	275
GRÁFICO Nº 116 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 20 do I. B	276
GRÁFICO Nº 117 - Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 21 do I. B	277
GRÁFICO Nº 118 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “sinto-me calmo”	279
GRÁFICO Nº 119 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me seguro”	279
GRÁFICO Nº 120 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Estou tenso”	280
GRÁFICO Nº 121 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me cansado”	281
GRÁFICO Nº 122 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me à vontade”	281
GRÁFICO Nº 123 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me perturbado”	282
GRÁFICO Nº 124 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Presentemente preocupo-me com possíveis desgraças”	283
GRÁFICO Nº 125 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me satisfeito”	283

GRÁFICO Nº 126 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me amedrontado”	284
GRÁFICO Nº 127 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me confortável”	284
GRÁFICO Nº 128 - Distribuição das respostas relativas à afirmação à afirmação “Sinto-me auto - confiante”	285
GRÁFICO Nº 129 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me nervoso”	286
GRÁFICO Nº 130 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me trémulo”	286
GRÁFICO Nº 131 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me indeciso”	287
GRÁFICO Nº 132 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me descontraído”	288
GRÁFICO Nº 133 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me contente”	288
GRÁFICO Nº 134 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Estou preocupado”	289
GRÁFICO Nº 135 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me confuso”	289
GRÁFICO Nº 136 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me firme”	290
GRÁFICO Nº 137 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me bem”	290
GRÁFICO Nº 138 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me bem”	293
GRÁFICO Nº 139 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me nervoso e agitado”	293
GRÁFICO Nº 140 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me satisfeito comigo mesmo”	294
GRÁFICO Nº 141 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser”	295
GRÁFICO Nº 142 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me falhado”	295
GRÁFICO Nº 143 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me tranquilo”	296
GRÁFICO Nº 144 - Distribuição das respostas relativas à afirmação estou “calmo , fresco e concentrado”	296

GRÁFICO Nº 145 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar”	297
GRÁFICO Nº 146 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância”	298
GRÁFICO Nº 147 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Estou feliz”	298
GRÁFICO Nº 148 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Tenho pensamentos que me perturbam”	299
GRÁFICO Nº 149 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Falta-me auto-confiança”	299
GRÁFICO Nº 150 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me seguro”	300
GRÁFICO Nº 151 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Tomo decisões facilmente”	301
GRÁFICO Nº 152 - Distribuição das respostas relativas à afirmação	301
GRÁFICO Nº 153 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me contente”	302
GRÁFICO Nº 154 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam”	303
GRÁFICO Nº 155 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha cabeça”	303
GRÁFICO Nº 156 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sou uma pessoa firme”	304
GRÁFICO Nº 157 - Distribuição das respostas relativas à afirmação “Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais”	305
GRÁFICO Nº 158 - Média da qualidade de vida global/hereditariedade	308
GRÁFICO Nº 159 - Média da qualidade de vida global/Diabetes Mellitus percebida	309
GRÁFICO Nº 160 - Média da qualidade de vida global/peso a mais do que o normal para a sua altura	310
GRÁFICO Nº 161 - Média da qualidade de vida global/hipercolesterolemia	311
GRÁFICO Nº 162 - Média da qualidade de vida global/hipertensão	312
GRÁFICO Nº 163 - Média da qualidade de vida global/Tomada de decisão	323
GRÁFICO Nº 164 - Média da qualidade de vida global/Depressão	328
GRÁFICO Nº 165 - Diagrama de dispersão idade v.s. Avaliação global da Qualidade de vida	332
GRÁFICO Nº 166 - Diagrama de dispersão idade v.s. Domínio Físico	332

GRÁFICO Nº 167 - Diagrama de dispersão idade v.s. Domínio Psicológico	332
GRÁFICO Nº 168 - Diagrama de dispersão v.s Domínio Relações Sociais	332
GRÁFICO Nº 169 - Diagrama de dispersão idade v.s. Domínio Meio Ambiente	332
GRÁFICO Nº 170 - Diagrama de dispersão para Idade do cônjuge v.s. Avaliação global da qualidade de vida	337
GRÁFICO Nº 171 - Diagrama de dispersão para quantos anos vive nesta localidade v.s. Avaliação global da qualidade de vida	339

FIGURAS

FIGURA Nº1 - Relação entre factores de risco e a morte devido ao colesterol	56
FIGURA Nº 2 - Natureza da comunicação interpessoal	100
FIGURA Nº 3 - Factores que influenciam a comunicação	101

MAPAS

MAPA Nº 1 - Mapa das freguesias de Odivelas	128
MAPA Nº 2 - Equipamentos de saúde do Concelho de Odivelas	133
MAPA Nº 3 - Farmácias do Concelho de Odivelas	134
MAPA Nº 4 - Forças de segurança do Concelho de Odivelas	139
MAPA Nº 5 - Distritos relativos à naturalidade	168
MAPA Nº 6 - Freguesias do Concelho de Odivelas: distribuição dos indivíduos por freguesias de residência	170

INTRODUÇÃO

*"...e assim nas cordas da roda gira a entreter a razão
esse
relógio de corda que se chama coração..."*

Fernando Pessoa

Ao nos propormos elaborar um estudo sobre os Factores de Risco da Doença Coronária e ou doença coronária, e qualidade de Vida da população do concelho de Odivelas, tivemos como motivação a nossa experiência profissional de 10 anos de exercício profissional em cirurgia cardíaca no Hospital de Santa Maria e oito anos e meio na comunidade de Odivelas, Centro de Saúde, onde a Doença coronária constitui o terceiro problema a nível desta população (dados da estatística dos Cuidados Continuados e consultas do centro de Saúde de Odivelas, 2005), o qual nos leva a reflectir sobre o papel dos profissionais de saúde nesta problemática. Tendo esta doença surgido ligada a um leque infindável de problemas, os quais ultrapassam o modelo biomédico, surge a necessidade de intervenção das várias ciências humanas. Assim, estas têm uma importante contribuição a dar, quando da mudança de comportamento e de estilos de vida.

O sofrimento e os custos causados pelas doenças cardiovasculares, 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.

Sendo Enfermeira, consideramos que são os enfermeiros que passam grande parte do tempo com os indivíduos e famílias, assumindo um papel primordial na detecção dos problemas, atendendo o indivíduo e família num todo, perspectivando sempre a manutenção e promoção da saúde, através da adopção e manutenção de comportamentos saudáveis, dentro do processo de cuidar que, segundo Swanson (1991), inclui conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença. Pelo que foi referido, reveste-se de importância extrema a sua participação em programas de intervenção pluridisciplinares, na promoção da saúde.

O impacto da modificação de hábitos de vida na alteração de perfil de factores de risco, para indivíduos com factores de risco para as doenças coronárias, poderá depender de um programa de intervenção integrado na área da promoção das competências sociais, em parceria, que deve abranger os domínios físico, médico, psicológico, emocional e social, tendo por objectivo a

alteração das condições de Factores de Risco como a alimentação, o tabaco, o sedentarismo e as características da personalidade.

O estudo efectuado, insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Visa proceder ao levantamento dos estilos de vida, contextos e vivências, da população residente no Concelho de Odivelas, em indivíduos com idade igual ou superior a 30 anos, sua qualidade de vida, com o propósito duma intervenção pluridisciplinar precoce nos factores de risco detectados, reabilitação e reinserção dos indivíduos já abrangidos pela doença coronária, com vista a alcançar a melhor qualidade de vida.

Neste estudo utilizaremos para amostra a população de Odivelas, inscrita nas consultas do Centro de Saúde, suas extensões e nos Cuidados Continuados de Odivelas.

Através dos estudos efectuados nesta temática, houve a necessidade de abandonar a abordagem predominantemente biológica, em favor de uma abordagem multidimensional, em que são também considerados os factores de ordem psicológica, social e cultural (Cardoso, Monteiro, Ferreira e Ribeiro, 1988; Ramos, 2004). Assim surge uma nova era de pesquisa epidemiológica, clínica e psicossocial, dirigida ao indivíduo, enquanto membro de um grupo social com o qual interage, onde as modificações de alguns estilos de vida, e a luta contra os factores de risco, constituem o fundamento da prevenção dos factores de risco das doenças coronárias e o aumento da qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde perante o crescimento das doenças coronárias, procura parcerias, para que a morte precoce e a incapacidade por doenças do coração venha a regredir. Em simultâneo coloca-se o paradigma da qualidade de vida relacionado com estas doenças, não basta prolongar os anos de vida, é necessário adicionar mais qualidade de vida aos anos que restam para viver.

O desenvolvimento das ciências da saúde tem demonstrado que a morbilidade e mortalidade em idades precoces por doenças cardiovasculares não são devidas ao destino, mas a doenças causadas ou agravadas por falta de conhecimentos e maus hábitos de vida diária, das causas reais ou factores de risco que a elas conduzem. Assim, o risco cardiovascular deve ter uma abordagem sistemática que conduza à mudança dos hábitos de vida. O *American College of Cardiology* (2000), refere as variáveis clínicas ou analíticas, como indicadores de factores de risco, sendo que essas variáveis assinalam um maior ou menor risco de evento cardiovascular. Os factores de risco surgem como características associadas ao aumento da probabilidade de desenvolvimento de doença. Apontam-se como principais factores de risco individuais para o desenvolvimento destas doenças: “*tensão arterial elevada, dislipidémia, hábitos tabágicos, alimentação inadequada, obesidade, sedentarismo, diabetes e o stress*” (DGS, 2006).

Nos últimos anos em Portugal, tem-se verificado uma diminuição nas taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares, mas apesar desta notável diminuição, somos ainda o país da União Europeia que apresenta a taxa de mortalidade por esta causa mais elevada.

Rui Ferreira, coordenador nacional para as doenças cardiovasculares, diz numa entrevista dada ao Jornal de notícias a 23 de Novembro de (2008, p.3) calcular que "*sejam internados entre 50 a 60 mil portugueses por ano com doenças isquémicas cardíacas*", significando que, entre 2006 e 2007, foram evitadas mais de 800 mortes. Deve-se salientar que ainda há regiões de saúde que têm dados relativos a utentes de outras regiões e há casos que "*não chegam a tempo ao hospital e de mortes após alta*" que não são contabilizados. Mas a mortalidade dentro do hospital continua a ser o melhor indicador.

Com o avanço da ciência e a criação da via verde coronária, bem como de ambulâncias medicalizadas, em dois anos, a mortalidade por doença isquémica cardíaca nas unidades passou de 6,8% para 4,8%, o que significa que a já foram atingidos os objectivos preconizados para 2010, que eram os 5%. Este médico na entrevista concedida deu especial ênfase ao enfarte agudo do miocárdio, cuja letalidade caiu de 12,19% para 10,03% em dois anos. São mais de 200 mortes evitadas em território nacional.

Apesar do processo não ser simétrico em todo o País, nem em resultados, nem em dados disponíveis. "*Os ganhos mais significativos são no Algarve. Desde o Verão de 2007 até Maio de 2008 passou-se de uma mortalidade de 10% para 6%*", (Ferreira, 2008, p.4). Atendendo aos dados disponíveis da região Sul sobre enfarte e confrontando com os disponíveis da ARS Norte, verifica-se que aí também baixou para os 4%. A Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo tem os piores resultados sobre enfartes. Apenas desceu de 14,5% em 2005 para 13% em 2007.

Não nos podemos esquecer que 17% da população portuguesa diz ser hipertensa (\pm 30% em rastreios realizados), 19% da população com idade igual ou superior a 10 anos diz ser fumadora de mais de 20 cigarros por dia e que 50% da população portuguesa apresenta excesso de peso. Atendendo a que Portugal é o país da União Europeia onde mais calorias se consomem e onde menos actividade física se pratica, podemos afirmar que apresenta todos os potenciais factores de risco de doenças cardiovasculares com índices bastante alarmantes.

Assim sendo, urge delinear medidas de actuação sobre a efectiva prevenção, detecção e correcção de todos estes potenciais factores de risco, tendo em conta que o conceito inerente a este termo aglutina não apenas a prevenção, mas também todas as acções que promovem a sua recuperação, reinserção e qualidade de vida dos indivíduos.

Cabe assim, aos promotores de saúde, esclarecer a população da forma como cada pessoa pode escolher, adaptar e assumir as opções mais saudáveis e desejáveis dentro de um contexto multicultural, atendendo ao seu próprio estilo de vida, numa expressão mais pura de prevenção primária, abrangente e integrada, multidisciplinar e multisectorial, a prevenção das doenças cardiovasculares, nomeadamente da doença coronária, que deverá ser antecedida por uma mobilização geral da sociedade, por uma luta pela promoção e preservação da saúde.

Foi com base nesta abordagem que surgiu o interesse para a realização deste estudo, tentando conhecer a população residente na localidade de Odivelas e inscrita no Centro de Saúde de Odivelas, seus hábitos e costumes, o seu meio envolvente, para que, a posteriori, se promovam e concretizem programas de intervenção no sentido de minimizar ou anular factores de risco detectados, na área específica da promoção da saúde, da prevenção da doença e reabilitação cardíaca, conducente a uma melhor qualidade de vida.

Atendendo aos indicadores biológicos e comportamentais da doença coronária que apontam para as doenças cardiovasculares como uma das principais causas de mortalidade em Portugal, assim como na maioria dos países ocidentais (Instituto Nacional de Estatística, 2003) também na Região de Odivelas esta doença ocupa o terceiro lugar (dados estatísticos do C. S. Odivelas 2005). Assim sendo, salientamos as metas prioritárias do Programa Nacional de Saúde (2006), na prevenção e controle das doenças cardiovasculares, bem como a urgência em que todos os profissionais de saúde estejam atentos e desenvolvam acções conjuntas para orientar as estratégias de prevenção cardiovascular, que passamos a mencionar::

- A redução da morbilidade e mortalidade hospitalar e global, por EAM E AVC, em idades inferiores aos 65 anos.
- A identificação do doente com risco de EAM.
- O aumento dos diagnósticos e controle adequado relativamente às situações de hipertensão arterial, dislipidémias, diabetes e fibrilhação auricular.
- O aumento da prevalência de indivíduos com hábitos de exercício físico regular.
- A redução da prevalência do consumo de tabaco.
- A redução da prevalência da obesidade.
- A melhoria das práticas profissionais na área cardiovascular.

Nos Cuidados de saúde primários, a presença e o controle de factores de risco aterotrombótico devem ser avaliados periodicamente em todos os doentes, aplicando-se o mesmo à estimativa do risco cardiovascular individual.

Com o avanço da ciência médica assiste-se a uma maior prevalência de doentes crónicos, pela baixa alcançada dos índices de mortalidade. Também o estilo de vida se revela determinante no surgimento da doença coronária, bem como para a sua recorrência.

Em 2003 as doenças cardiovasculares, representavam 37,6% de todos os óbitos. A particularidade Nacional é que 66,5% das mortes são devidas a doença cérebro vascular (DCV) e 33,5% devidas a doenças isquémicas do coração (DIC).

Nos Estados Unidos da América, a incidência das DC atingiu grandes proporções nos anos 60, e o mesmo se verificou posteriormente nos países do Norte da Europa, tendo sido considerada a maior causa de mortalidade (Pollock, & Wilmore, 1990).

Alguns autores referem as doenças do coração como uma importante causa de morte para o grupo etário entre os 35 e 49 anos principalmente para os homens. Até esta idade os homens morrem três vezes mais do que as mulheres por doença coronária.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2006), sabe-se que mais de um milhão de americanos sofrem de doenças cardiovasculares por ano e na Europa aquelas são responsáveis por cerca de metade das mortes (UE, 2007). Em Portugal, cerca de 9.000 pessoas morrem anualmente por enfarte agudo do miocárdio (DGS, 2001), constituindo-se esta como uma das principais doenças cardiovasculares. Paradoxalmente, segundo estatísticas europeias (2005), existe na Europa uma desaceleração no número de mortes por doenças cardiovasculares, existindo contudo um aumento do número de doentes com doença cardiovascular. Em Portugal verifica-se a mesma tendência. Este fenómeno deve-se ao tratamento imediato do enfarte agudo do miocárdio ou outras doenças cardiovasculares. Ainda segundo a mesma fonte, prevê-se que num futuro próximo haja de novo aumento da mortalidade devido aos estilos de vida da população adulta, sobretudo dos adultos jovens.

A doença coronária pode manifestar-se através da angina de peito, do enfarte do miocárdio, também designado por ataque cardíaco e da morte súbita, sendo esta uma das três possíveis consequências do desenvolvimento da aterosclerose (Byrne, 1991; Ross, 1986).

O diagnóstico e o estabelecimento das DC segundo o *American Heart Association* (1989), estão normalmente associados a um conjunto de condicionantes intrínsecas e extrínsecas que são definidas como Factores de Risco (FR) para as DC. Estes factores de risco, que podem ser utilizados como preditores no quadro da doença, desempenham um importante papel na prevenção primária e secundária das DC.

Os FR coronários são aqueles em que se demonstrou, estatisticamente, o aumento da susceptibilidade do indivíduo à morbidade e mortalidade pela aterosclerose das coronárias. Neste contexto considera-se de extrema importância a contribuição das ciências humanas, quando da mudança de comportamento e de estilo de vida como forma de prevenir a doença e a sua evolução.

O apoio psicossocial, além do técnico, a indivíduos que sofrem a ameaça de morte, cirurgia ou alteração da sua qualidade de vida, surge como um factor fundamental de suporte. É lançado o desafio através da promoção da saúde, educação e intervenção. Para esta contribuição ser válida é necessário analisar, compreender e avaliar todos os mecanismos associados ao desenvolvimento da doença coronária.

A doença coronária constitui um problema multifacetado, impondo um amplo conhecimento nas suas várias vertentes, capacitando os profissionais a participar em equipas multidisciplinares, a intervir como elementos necessários e importantes na prevenção e na reabilitação dos indivíduos afectados por esta doença.

Por tudo o que foi apontado pareceu-nos de todo pertinente a realização desta pesquisa.

Desde o início a revisão bibliográfica e o levantamento estatístico no terreno, teve como objectivo a elaboração da questão de partida, na medida em que é através dela que “*o investigador tenta pôr em evidência os processos sociais, económicos, políticos ou culturais que permitem compreender melhor os fenómenos e acontecimentos observáveis e interpretá-los mais acertadamente (...), de modo a servir de primeiro fio condutor a um trabalho do domínio da investigação social*” (Quivy; 1992, p. 41).

Ao longo do processo de construção do objecto houve uma primeira fase, onde definimos o tema geral para a investigação, tendo em conta que não é possível investigar tudo, sendo necessário

encontrar o fio condutor para delimitar o problema. Esta delimitação foi feita em função dos nossos conhecimentos, interesses e necessidades detectadas a nível da comunidade onde exercemos a nossa actividade profissional. No seguimento do processo de investigação, no sentido de objectivar, as actividades a desenvolver na prevenção, reabilitação e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos com doença coronária ou potencial desenvolvimento desta patologia no Concelho de Odivelas, delineou-se a **pergunta de partida**:

“ De que forma os estilos de vida, contextos de vida e vivências têm influência no aparecimento de factores de risco de doença coronária e ou doença coronária e condicionam a qualidade de vida de indivíduos residentes na região de Odivelas?”

Assim, aprofundámos conhecimentos, num enquadramento teórico, que se pretendeu ser actual e dar resposta à pergunta de partida.

A presente dissertação é composta por sete capítulos, distribuídos em duas partes distintas, correspondentes às principais fases de uma investigação. A primeira parte, corresponde ao enquadramento teórico e engloba quatro capítulos e a segunda parte denominada investigação empírica, é constituída pelos outros três capítulos.

No **primeiro capítulo**, apresentamos a análise dos estudos que fundamentam a selecção e a definição do problema, seguindo-se a caracterização das Doenças Coronárias e respectivos Factores de Risco, clínicos e comportamentais, com base em estudos epidemiológicos descritivos, analíticos e experimentais.

No **segundo capítulo**, referenciamos as definições, os objectivos e as componentes da Reabilitação Cardíaca evidenciando, os conceitos inerentes a uma perspectiva globalizante da promoção das competências pessoais e sociais para lidar com uma doença cardíaca, bem como a capacitação e o estilo de vida, nomeadamente os estilos de vida saudáveis.

No **terceiro capítulo**, revemos o envelhecimento e a saúde em virtude de tanto os dados estatísticos nacionais como os regionais apontarem para o crescimento do número de pessoas idosas. Também, atendendo aos estudos efectuados e sua pertinência em saúde, abordamos a religião e a saúde e a comunicação em saúde, por esta, ser o pilar das relações e do entendimento humano, na sua vertente multicultural.

No **quarto capítulo**, a qualidade de vida é abordada, nos seus aspectos multidimensionais, a sua pertinência na saúde e os constructos de avaliação.

A segunda parte da dissertação, investigação empírica, corresponde ao desenvolvimento do estudo e engloba três capítulos.

Capítulo V, onde se apresenta o levantamento dos dados da caracterização sócio cultural do Concelho de Odivelas, caracterização das freguesias abrangidas pelo Centro de Saúde de Odivelas e o perfil da saúde deste concelho em 2008.

Capítulo VI, onde expomos as opções metodológicas, o tipo de investigação, a caracterização da amostra, os instrumentos de pesquisa e como foram aplicados, os critérios de selecção da amostra e as variáveis consideradas para o estudo, as questões e os objectivos da investigação e o tratamento dos dados.

No **capítulo VII**, fazemos a apresentação, a análise e a discussão dos resultados, considerando as variáveis sócio-demográficas, a caracterização clínica da amostra nos seus itens clínicos e comportamentais pelo Questionário Factores de Risco da Doença Coronária, a descrição da qualidade de vida, pelo questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL – Abreviado), a análise dos dados obtidos pela aplicação do Inventário Depressivo de Beck e a análise da ansiedade Estado e Traço pelo inventário de Spielberger.

De seguida faz-se a análise das características significativas das modalidades das variáveis em estudo como: a influência da hereditariedade percebida na avaliação global da qualidade de vida pelo questionário WHOQOL- breve, a influência da presença de diabetes mellitus, a influência da presença de peso acima do normal para a altura (obesidade), a influência da hipercolesterolemia percebida, a influência da presença de hipertensão percebida, a influência do estado emocional – stress, a influência do estado emocional – emotividade, a influência da satisfação pessoal, a influência da actividade, a influência da realização profissional, a influência da mobilidade, a influência dos métodos contraceptivos, a influência da tomada de decisão, a influência dos hábitos de consumo, a influência da ansiedade estado, a influência da ansiedade traço. a influência da

depressão, a influência da doença coronária (presença ou ausência), todas estas variáveis relacionadas com a avaliação global da qualidade de vida, pelo questionário WHOQOL- breve.

Analisa-se também: as diferenças dos níveis de ansiedade estado e traço, entre ter ou não ter doença coronária na amostra em estudo, a diferença dos níveis de depressão entre o ter ou não doença coronária, a relação das variáveis sócio – demográficas (género e idade) na percepção da qualidade de vida, a relação das habilitações literárias com os factores de risco da doença coronária, a relação da condição económica com os factores de risco da D.C.

Verifica-se ainda a influência do estado civil, da idade do cônjuge, do número de filhos, do número de anos que vive na localidade, da influência da situação profissional, do rendimento mensal na avaliação global da qualidade de vida.

Procede-se logo de seguida à análise das diferenças existentes na avaliação global da qualidade de vida entre a internalidade e a externalidade dos indivíduos em estudo.

Por fim verifica-se se existem ou não diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre os indivíduos que praticam a religião e os que não praticam.

Finaliza-se este estudo com as conclusões onde se enfatiza os aspectos relevantes que emergiram da pesquisa, as suas limitações e algumas sugestões.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO – CONCEPTUAL

CAPÍTULO I

A DOENÇA CORONÁRIA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Doença coronária é uma designação genérica para muitas condições diferentes que implicam obstrução do fluxo sanguíneo através das artérias coronárias

A etiopatogenia da doença coronária, apesar dos progressos da investigação, ainda não é totalmente conhecida.

Com base na literatura, as principais manifestações clínicas da doença coronária são: a angina de peito, o enfarte do miocárdio e a morte súbita.

A Angina de Peito resulta de um estreitamento severo das artérias coronárias que, em momentos de stress mental ou físico, torna a corrente sanguínea insuficiente para o abastecimento do miocárdio, dando origem à tradicional dor ou aperto no peito – é um tipo de isquémia reversível. A designação de angina instável compreende uma série de situações distintas que compartilham uma característica comum: a existência de isquémia significativa transitória, sem evidência clínica de necrose miocárdica.

A sua origem está normalmente associada a duas anomalias: os espasmos coronários e as estenoses coronárias. Esta manifestação é a isquémia do miocárdio mais comum, sendo muito inconstante, e aumentando a vulnerabilidade quanto ao risco de desenvolver enfarte do miocárdio.

Em 1772, William Heberden conceptualizou o termo angina para descrever uma sensação de aperto no peito acompanhada de ansiedade ou medo de morte (Gersh, Braunwald & Ruthherford, 2000).

Na angina de peito, a dor ocorre devido à falta de oxigénio no músculo cardíaco, especialmente após exercício ou fortes emoções, iniciando como uma sensação de aperto ou constrição no peito, podendo irradiar para o pescoço, mandíbula, ombros, braços e mãos. Ocasionalmente, também pode irradiar para o abdómen superior, pode ocorrer falta de ar, fadiga ou palpitações ao invés da dor. Associados a estes sintomas está frequentemente uma sensação de sufoco ou morte iminente.

A angina clássica pode ser desencadeada pelo exercício, stress ou exposição ao frio e também pode ser precipitada por refeições exageradas. A intensidade da dor nem sempre está relacionada com a

gravidade do problema. Algumas pessoas podem sentir uma dor intensa devido a uma isquémia leve, enquanto outras sentem apenas um leve desconforto e apresentam uma isquémia acentuada.

Apesar da aterosclerose liderar de longe as causas de angina, outras condições podem prejudicar a oferta de oxigénio ao músculo cardíaco e provocar dor: espasmo das artérias coronárias, anormalidades no próprio músculo cardíaco, hipertiroidismo, anemia, vasculite (grupo de doenças que causa inflamação dos vasos sanguíneos) e, em casos raros, exposição a altitudes elevadas.

Existe ainda a Angina de Prinzmetal, sendo esta variedade de angina causada pelo espasmo de uma artéria coronária. Geralmente ocorre quando o indivíduo está a descansar. São comuns as arritmias cardíacas e a dor geralmente passa imediatamente com o tratamento.

A angina foi considerada a única manifestação de D.C. aterosclerótica mais de um século, até à descrição de enfarte agudo do miocárdio pelos russos Obratzow e Straschesko, em 1910, in (Soares Costa, 2003).

Enfarte do Miocárdio ocorre quando uma das artérias coronárias que abastece o miocárdio é totalmente bloqueada com as placas ateroscleróticas - é designada por isquémia irreversível, significa necrose e morte de uma área de tecido cardíaco.

O enfarte não é imediatamente total e completo; a lesão isquémica evolui ao longo de várias horas, até uma completa necrose e enfarte.

Durante um processo isquémico agudo, a camada subendocárdica do miocárdio é mais susceptível de hipoxia, e a isquémia celular manifesta-se geralmente nessa área antes de envolver toda a espessura do miocárdio ventricular. A isquémia altera quase imediatamente a integridade e a maleabilidade da membrana celular aos electrólitos vitais, produzindo, por isso, diminuição da contractilidade do miocárdio. O sistema nervoso autónomo tenta compensar a diminuição da actuação cardíaca, daí resultando um novo desequilíbrio entre a oxigenação do miocárdio e as suas necessidades de oxigénio.

Os sinais e sintomas do enfarte agudo do miocárdio devem ser reconhecidos o mais rápido possível, que são: desconforto retroesternal (opressão, peso, ardor, pressão ou dor retroesternal), habitualmente com mais de 30 minutos de duração; Desconforto em um ou ambos os braços, no pescoço, na mandíbula, no dorso (entre as omoplatas) ou epigastro; dispneia que pode ser isolada, preceder ou acompanhar o desconforto; diaforese; náuseas e vómitos.

Uma isquémia prolongada que dure mais de 35 a 45 minutos produz lesões celulares irreversíveis e necrose do músculo cardíaco. A função contráctil da área necrótica cessa permanentemente. A área necrótica ou de enfarte está rodeada por uma zona de isquémia, constituída por tecidos potencialmente viáveis. A dimensão final de enfarte depende da área marginal da zona isquémica sucumbir ou não á isquémia prolongada, ou ser capaz de desenvolver e manter uma circulação colateral.

O prognóstico após a fase aguda do enfarte do miocárdio é condicionado pela severidade das lesões coronárias e da disfunção do ventrículo esquerdo no momento da alta hospitalar (Cardoso, 1991). Para futuros prognósticos e tratamentos é importante saber exactamente a área de enfarte, a localização e tipo, a função ventricular esquerda, a existência ou não de isquémia residual e das arritmias.

A Morte Súbita cardíaca, tal como o seu nome indica, é mortal: a vítima morre, regra geral, antes de chegar ao hospital, por vezes em menos de uma hora. As técnicas tradicionais de diagnóstico não permitem confirmar o mecanismo exacto, mas presume-se que uma forte arritmia do coração possa ser responsável (Byrne, 1991).

A ocorrência de morte súbita pode estar relacionada com causas de origem cardíaca ou não cardíaca e no primeiro caso coronárias (aterosclerótica ou não aterosclerótica) ou não coronárias.

A morte súbita ocorre quando o coração deixa de bombear devido à zona de hipoxia ser bastante grande, ocorrendo de uma forma brusca e inesperada. Os portadores de doença coronária nos quais ocorre morte súbita, apresentam normalmente lesão de três ou quatro artérias coronárias.

As Doenças coronárias são uma das três possíveis consequências do desenvolvimento da aterosclerose, a sua principal causa encontra-se numa acomodação de placas ateroscleróticas nas artérias coronárias do coração, agregação plaquetária essa que desencadeia a oclusão vascular aguda que, em síntese, consiste num estreitamento das artérias coronárias que são responsáveis pelo aporte sanguíneo ao músculo cardíaco (miocárdio).

Este estreitamento é devido à acumulação localizada de lípidos, glucídidos, complexos de produtos sanguíneos (placas) de tecido fibroso e de calcário.

Na agregação plaquetária intervêm diversas substâncias, que se libertam quando são estimuladas as diferentes vias metabólicas; assim, a activação do ácido araquidónico existente na parede das plaquetas e do endotélio, leva à formação de dois produtos finais, o tromboxano A₂, proagregante e vasoconstritor e a prostaciclina, antiagregante e vasodilatador.

É do equilíbrio entre acções antiagregantes e proagregantes que resulta uma reacção plaquetária normal; em determinadas situações, regista-se um aumento exagerado dos estímulos proagregantes, como sucede, por exemplo, quando existe hipercolesterolemia, diabetes, tabagismo ou aterosclerose generalizada e então o predomínio dos estímulos proagregantes pode levar á formação de trombos de plaquetas com as complicações oclusivas. Como as artérias coronárias se estreitam e endurecem, reduz-se ou obstrui-se o fluxo sanguíneo, provocando um estado de desequilíbrio entre o fornecimento de substâncias nutritivas vitais e as exigências metabólicas do organismo. Quando o estreitamento das artérias coronárias atinge um ponto crítico, torna-se impossível o fornecimento suficiente de oxigénio ao coração, resultando num deficit em relação ás exigências. Consoante as zonas e proporções do coração atingidas assim se declaram as diferentes DC (Pollock & Wilmore, 1990).

O ateroma coronário inicia o seu desenvolvimento precocemente em relação ao decurso da vida de um indivíduo. No entanto os seus efeitos negativos começam a ser críticos a partir, normalmente, dos 40 anos em diante.

O seu desenvolvimento está relacionado com a presença de um conjunto de factores aterogénicos, designados por factores de risco, nomeadamente: idade avançada, o sexo masculino, os hábitos tabágicos, a dislipidémia, a hipertensão arterial, a diabetes, o comportamento tipo A, antecedentes familiares no que diz respeito às doenças coronárias ou arteriais e o sedentarismo (Pollock & Willmore, 1990).

Através da análise realizada pela angiografia seriada, diversos estudos têm sido animadores relativamente à regressibilidade das lesões ateroscleróticas quando alterados os factores aterogénicos (Fernandes, 1997).

1.1. Factores De Risco Da Doença Coronária

São apontados como principais Factores de Risco: a hipercolesterolemia, o tabagismo, a hipertensão arterial, os factores psicológicos, o stress psicossocial, a inactividade física, a obesidade, a diabetes e os factores hereditários.

Na realidade, as duas determinantes mais importantes desta afecção são, o comportamento e o ambiente, para além da hereditariedade.

Já em 1897, William Osler apercebendo-se da importância dos factores psicológicos na etiopatogenia da doença coronária isquémica afirma: ..." *no aborrecimento e tensão de vida moderna, a degenerescência arterial não é só mais comum, mas desenvolve-se muitas vezes numa idade relativamente precoce.*

Para isso eu penso que a alta pressão em que os homens vivem e o hábito de trabalharem com a máquina no máximo da sua capacidade, são responsáveis mais que o excesso do comer e do beber" (W. Osler, 1897, cit. In Machado Nunes, 1988, p.21).

Em 1980, Haynal, resume alguns dos Factores de Risco psicossociais que influenciam o aparecimento da doença coronária como sejam: o sentimento de suportar tensões familiares pesadas, o viver num ambiente sociocultural que favoreça certas atitudes, como por exemplo, a competição, tendências agressivas e competitivas e grande exposição ao stress.

Em 1957, Russex, num estudo de 100 doentes com idade inferior aos 40 anos, com coronariopatia verificou que em 90% dos casos havia uma tensão emocional, precedente à coronariopatia isquémica. Rahe et al. (1971) mais recentemente, encontraram um aumento dos acontecimentos de vida nos 6 meses precedentes ao enfarte de miocárdio e à morte por doença coronária (Cardoso, 1988).

Em 1982, Rosenman, evidencia o papel de um conjunto de comportamentos denominado padrão de comportamento tipo A ("*coronary-prone Behavior*"), que parecem também constituir Factor de Risco predisponente à doença coronária.

Os indivíduos com estes comportamentos, apresentavam uma grande tendência para a competição, uma incapacidade de estarem quietos, uma necessidade de fazerem uma multiplicidade de coisas ao mesmo tempo. Assim, numa descrição sucinta do comportamento tipo A, são de referir a hostilidade, a agressividade e competitividade exageradas, a irritabilidade e a impaciência. Destaca-se, também, uma tonalidade vocal elevada, uma aceleração do ritmo da fala e um recurso sistemático à ênfase silábica, o que se traduz, no final, por um discurso do tipo explosivo.

Estudos epidemiológicos da área da medicina que estuda as possíveis relações de factores vários que determinam a frequência e a distribuição de doença (Pollock & Wilmore, 1990), contribuíram bastante para a identificação e o conhecimento de condicionantes intrínsecas e extrínsecas aos indivíduos com doenças coronárias, condicionantes esses que são definidas como factores de risco (FR) para as doenças coronárias e podem ser utilizadas como preditores no desenvolvimento do quadro da doença, desempenhando um papel importante na prevenção primária e secundária (*American Heart Association, 1989*).

Ao falar em risco deveremos estabelecer a diferença entre o que se entende por risco clínico e comunitário.

O risco clínico indica a percentagem da redução do risco de morte de um indivíduo no caso de se anular a característica adversa.

O risco comunitário fornece a mesma informação mas para o caso da característica adversa ser anulada num grupo ou população (Paffenbarger, Wing, & Hyde, 1986).

Um dos estudos prospectivos sobre as doenças cardiovasculares de maior destaque é o *Framingham Heart Study*. Muitas pessoas foram estudadas, entre 1948 - 1988, sobre os seus hábitos de vida e examinados quanto á ocorrência de doenças cardiovasculares.

Dos estudos epidemiológicos descritivos interessa realçar os que tiveram por objectivo a relação entre as doenças coronárias (DC) com as variáveis demográficas (idade, sexo, raça) e as do envolvimento. Relativamente aos estudos analíticos realçam-se os que se debruçaram sobre a relação dos factores de risco (FR) comuns (colesterol, hipertensão, actividade física e comportamento). Por ultimo, dos estudos experimentais enumeram-se algumas, das muitas, alterações dos parâmetros fisiológicos.

Desde há muito, se tem vindo a estudar o efeito de variáveis demográficas sobre a incidência e o desenvolvimento das doenças coronárias. Em relação à idade e ao sexo, o estudo de Framingham revelou que a incidência das doenças coronárias tem aumentado nas sucessivas décadas em ambos os sexos, que existiu uma diferença significativa entre os dois sexos nos anos de 50 e 60 mas que, nos anos de 70 e seguintes se observou uma igualdade de incidência das doenças coronárias em homens e mulheres (Lawhorne, 1997).

Segundo Pollock e Wilmore (1990), os factores de risco podem ser considerados de natureza primária, se associados ao desenvolvimento da aterosclerose de uma forma directa e de natureza secundária, se contribuem de uma forma indirecta para o aparecimento da aterosclerose; dividindo-se em alteráveis e inalteráveis (quadro 1).

Na prevenção primária da aterosclerose os factores educativos são preponderantes, sendo aconselhável transmitir à população jovem bem como aos adultos informações relativas a hábitos de

vida saudáveis e criar ambientes que promovam a saúde de modo a minimizar o desenvolvimento dos factores de risco e suas sequelas ateroscleróticas.

Os factores de risco devem ser conceptualizados como componentes de um perfil de factores de risco (FR) para as doenças cardiovasculares, a sua avaliação e análise devem ser efectuadas segundo uma perspectiva multifactorial em que o risco da combinação de FR é muito superior quando comparado com o desenvolvimento acentuado de um FR isolado, o que significa que um nível de relação entre a identificação de um FR e o seu impacto real num indivíduo depende, em grande parte, do quadro geral de FR que esse mesmo indivíduo apresenta (Kannel, 1991).

Considera-se, **Factor de risco** “ *uma característica ou um traço de um indivíduo ou população que está presente precocemente na vida e associa-se ao aumento do risco de desenvolver uma doença futura*” (Ridker, et al, 2003).

FR PRIMÁRIOS	FR SECUNDÁRIOS
Alteráveis	Alteráveis
* Hipertensão	* Diabetes
* Lipídeos no sangue	* Stress
* Elevado LDL-C	* Inactividade Física
* Elevado triglicéridos	* Obesidade
* Diminuição HDL-C	* Tipo de Personalidade
* Tabaco	
	Inalteráveis
	* Idade
	* Sexo
	* Raça
	* Hereditariedade

Quadro nº1. Apresentação dos Factores de Risco – Fonte: Kannel (1991)

A evidência favorável da modificação do perfil de factores de risco não só significa a inibição de progressão da doença como também tem grande influência na possibilidade de regressão dos processos subjacentes de aterosclerose (OMS, 1998).

Existem uma série de **itens** considerados **clínicos** que passaremos a descrever nas páginas seguintes.

1.2. ABORDAGEM DE IENS CLÍNICOS

1.2.1. Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial (HTA) constitui um dos maiores e actuais problemas de saúde pública, sendo a doença cardiovascular mais comum e o factor de risco mais significativo no desenvolvimento da doença aterosclerótica cerebral e coronária, representa inúmeras complicações nomeadamente trombooses, acidentes vasculares cerebrais, enfartes do miocárdio, angina de peito, problemas renais e perda gradual de visão, entre outros.

A hipertensão arterial (HTA) obriga o coração a exercer mais força para conseguir levar o sangue arterial a todo o corpo. Este esforço leva a um aumento do músculo cardíaco (hipertrofia) e à dilatação do coração. Como consequência o coração deixa de ser capaz de bombear o sangue necessário ao organismo e mesmo ao músculo cardíaco, podendo originar angina de peito.

A HTA afecta maioritariamente homens, jovens de raça negra, sendo as mulheres as menos afectadas. Porém é no envelhecimento que se verifica maior incidência de casos de HTA, devido a uma retenção excessiva de sódio e a uma diminuição da capacidade excretora do rim, assim como uma vasodilatação periférica.

Dentro deste item abordaremos a fisiologia da hipertensão arterial (HTA), seus factores de risco, tratamento não farmacológico e tratamento farmacológico.

A hipertensão é o aumento da pressão sanguínea tanto sistólica como diastólica, constitui um factor de risco significativo, em associação com a aterosclerose coronária.

A pressão sanguínea é representada por dois valores numéricos e medida em milímetros de mercúrio. O valor mais alto corresponde à pressão sistólica que representa a força no interior das artérias no momento da contracção do miocárdio, bombeando o sangue para todas as partes do

corpo. O valor mais baixo corresponde à pressão diastólica e representa a pressão que permanece dentro das artérias quando o miocárdio relaxa, no período entre os batimentos, representa a pressão de descanso.

É considerado um dos três maiores factores de risco para as doenças coronárias. Em Portugal, uma estimativa realizada por Pereira (1982), refere que nos pacientes com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, 25% dos homens e 30% das mulheres sofrem de hipertensão arterial.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (1989), a prevalência de hipertensão atinge pelo menos 20% dos adultos com mais de 40 anos e tem repercussões graves de mortalidade e morbilidade prolongada.

Portugal é um país largamente atingido, devido aos hábitos alimentares tradicionais - excesso de sal e elevado consumo de álcool.

Em (1997), a *Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*, apresenta uma classificação da pressão arterial para adultos (Quadro 2) que permite colocar o indivíduo em diferentes grupos consoante a gravidade dos valores de pressão arterial, que se mantém até à data presente.

CATEGORIA	SISTÓLICA (mm Hg)	DIASTÓLICA (mm Hg)
Normal	130	85
Normal /Elevado	130 - 139	85 - 89
HIPERTENSÃO		
Ligeira	140 -159	90 -99
Moderada	160 -179	100 -109
Severa	180 - 209	110 - 119
Muito Severa	210	120

Quadro nº 2. Classificação da pressão *Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* arterial para adultos (Mais de 18 anos) - Fonte: National Institute Of Health (1997) – NIH.

A idade e a hereditariedade aparecem muitas vezes referidas como factores de risco para a hipertensão, mas, os resultados de pesquisas, concluíram que certas características dos hábitos de

vida, mais do que a idade ou a hereditariedade, é que promovem os níveis elevados da pressão sanguínea (Byrne, 1991).

A hipertensão arterial pode levar a graves lesões dos órgãos vitais, tais como: diminuição gradual da função do órgão, devido a um fornecimento insuficiente de sangue. Esta diminuição ou perda de função pode ser rápida e maciça quando um vaso estreito se fecha completamente, se rompe ou é obstruído por um coágulo, interrompendo totalmente o fornecimento de sangue ao órgão. A consequência pode ser um enfarte do miocárdio, um acidente vascular cerebral, ou gangrena do pé, de acordo com o território afectado. A parte arterial enfraquecida pela pressão arterial elevada pode ceder e dilatar-se, formando “pequenos balões”, que se intitulam de aneurismas, muito vulneráveis a uma rotura. Se isto acontecer, na artéria aorta ou numa artéria do cérebro, ocorrerá uma crise cardiovascular, que põe em risco a vida do indivíduo. A hipertensão arterial obriga o coração a trabalhar mais para bombear o sangue através dos vasos. Este maior esforço leva o coração a hipertrofiar-se e, finalmente a dilatar-se. Como consequência pode surgir insuficiência cardíaca (quando o coração já não consegue bombear sangue suficiente para satisfazer as necessidades do organismo). Por outro lado, o fluxo de sangue ao músculo cardíaco pode tornar-se insuficiente, surgindo angina de peito.

Quanto ao tratamento não farmacológico para a hipertensão arterial, considera-se que a adopção de um estilo de vida saudável proporciona geralmente uma descida significativa da pressão arterial, que pode ser suficiente para baixar para valores tencionais normais. Também, a diminuição do consumo de sal, e do excesso de peso são factores que podem reduzir estes valores tencionais aumentados. Por exemplo a perda de cinco quilos pode implicar uma descida da pressão arterial da ordem dos 10mm Hg na sistólica e de 5 mm Hg na diastólica.

Reduzir o consumo excessivo de álcool, ajuda na redução da pressão arterial, ajudando também a reduzir o peso.

A prática de exercício físico influencia significativamente a redução da pressão arterial. O exercício escolhido deve compreender movimentos cíclicos (marcha, corrida, natação, dança).

Os indivíduos hipertensos, devem evitar esforços (levantar pesos, empurrar móveis pesados), que aumentem a pressão arterial durante o esforço.

Quando as medidas não farmacológicas são insuficientes há que recorrer aos fármacos, no entanto, dever-se-á ter presente que os fármacos não curam a hipertensão, somente a controlam. Assim, uma

vez iniciado o tratamento medicamentoso deverá em princípio ser continuado e mantido por toda a vida.

Os objectivos da terapêutica farmacológica são controlar a pressão arterial com o menor número e a menor dose de fármacos e também prevenir a incidência das complicações cardiovasculares causadas pela hipertensão arterial (HTA).

Menos medicamentos significam menos efeitos acessórios e menos despesa para o indivíduo.

O objectivo da terapêutica em termos tencionais deverá ser o de obter valores iguais ou inferiores a 140/90 mm Hg, embora nos indivíduos idosos se possam aceitar valores um pouco mais elevados.

Podemos referir que a HTA é conhecida como “doença silenciosa”, por não apresentar sintomas. Assim sendo, a única forma de saber se tem hipertensão é a avaliação da pressão arterial. Esta deve ser controlada mais precocemente em indivíduos obesos, diabéticos, fumadores ou com história de doença cardiovascular na família.

Vários estudos têm vindo a evidenciar que a mudança de alguns estilos de vida, como o exercício físico e a perda de peso são de grande importância na diminuição dos valores da pressão arterial (Gaziano et al, 2003).

1.2.2. Diabetes

A diabetes é considerada um dos factores de risco para a doença coronária. Segundo Duarte et al (2003), a sua agressividade faz-se notar quando se constata que os indivíduos jovens com doença coronária são muito frequentemente diabéticos.

A pessoa diabética tem um risco acrescido de morbilidade e mortalidade, sendo que 75% de todas as mortes entre as pessoas diabéticas resultam de D.C. (Ridker et al, 2003). Este facto poderá ter relação directa com outros factores de risco que estão associados à diabetes.

A diabetes não tem uma definição única. É uma doença crónica complexa, que se caracteriza por anomalia no metabolismo dos hidratos de carbono, das gorduras e das proteínas, e pelo desenvolvimento com o tempo, de complicações micro vasculares e macro vasculares, bem como, neuropatias.

A diabetes é um problema de saúde importante, apontando os dados estatísticos para seis milhões de pessoas que sofrem de diabetes declarada e que por cada pessoa com diabetes, há outra não diagnosticada.

Dentro das chamadas "doenças da diabetes", são exactamente consideradas as doenças do sistema vascular, causadas por um processo precoce de aterosclerose no qual se inclui a doença coronária (Silva, 1998).

Em (1984), Hall, refere que os homens diabéticos têm duas vezes ou mais o risco de doença coronária do que os que não têm diabetes, e as mulheres diabéticas têm um risco acrescido de três vezes mais.

Por outro lado Silva (1998), refere que os homens diabéticos têm duas ou três vezes mais doença coronária, e as mulheres cinco ou seis vezes mais doença coronária do que os respectivos sexos não diabéticos.

Consideram-se como possuidoras de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes as pessoas que tenham: excesso de peso ($IMC \geq 25$) e obesidade ($IMC \geq 30$), obesidade central ou visceral (homens ≥ 94 cm e mulheres ≥ 80), idade ≥ 45 anos se europeu e ≥ 35 anos se de outra origem, ter uma vida sedentária, existirem familiares em primeiro grau com história de diabetes, ter tido diabetes gestacional prévia e história de doença cardíaca isquémica, hipertensão arterial dislipidémia e anomalias da glicemia em jejum ou da tolerância à glicose.

Resumidamente é imperioso ter noção do estágio em que o doente diabético se encontra em cada momento, de modo a poderem ser tomadas decisões terapêuticas adequadas.

Pelo risco de doença micro vascular tornou-se consensual, a nível da comunidade científica internacional, a redução do valor da glicemia em jejum, a partir do qual se considera dever fazer-se o diagnóstico de diabetes.

1.2.3. Obesidade

A obesidade é um estado, que se desenvolve sempre que existe um balanço positivo de energia; em alguns casos porque a energia ingerida é superior à dispendida e noutros por excesso de ingestão alimentar (de calorias, sódio, gorduras e álcool, doces e açúcar), ou por incapacidade do organismo se adaptar à energia.

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), refere a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde.

A prevalência da obesidade, a nível mundial, é tão elevada que a OMS considerou esta doença como a epidemia global do século XXI.

Diz ainda que, neste século a obesidade tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas; e que a não serem tomadas medidas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025.

Assim a obesidade, é uma doença crónica, com enorme prevalência nos países desenvolvidos, atingindo homens e mulheres de todas as raças e de todas as idades.

A seguir ao tabagismo, a obesidade é considerada hoje, a segunda causa de morte passível de prevenção.

A presença de obesidade é definida por um índice de massa corporal superior ou igual a trinta, situando-se o excesso de peso entre trinta e vinte e cinco, considerando-se peso normal um índice de massa corporal inferior a vinte e cinco (Gaziano et al, 2003).

Para Gouveia, (2000), em Portugal, cerca de 30 a 35% da população possui excesso de peso.

“A obesidade e o excesso ponderal estão directamente relacionados com um maior risco cardiovascular, pelo conjunto de doenças e estados mórbidos que favorecem, com referência especial para a diabetes Mellitus tipo 2, contribuindo, também para um acréscimo significativo da morbilidade e mortalidade por doença aterosclerótica e por uma diminuição da esperança de vida” (Direcção – Geral da Saúde, 2006, p.18).

Os excessos de nutrição podem constituir mal nutrição, os mecanismos tendem a proteger o organismo acumulando reservas ou, no caso de alguns nutrientes, aumentando a média de excreção ou diminuindo a eficiência da absorção.

Quando os excessos são graves ou prolongados, desenvolvem-se maiores concentrações de nutrientes e alterações das actividades das enzimas e níveis metabólicos. O exemplo mais comum deste tipo de mal nutrição é a obesidade.

O consumo de compostos produtores de energia (proteínas, gorduras, hidratos de carbono e álcool) em quantidades superiores às necessárias para os dispêndios de energia provoca um armazenamento de energia sob a forma de gordura corporal. As reservas de gordura corporal acabam por se tornar suficientemente grandes para afectar o funcionamento do corpo, a mobilidade física e a saúde.

Já Taylor (1994) aponta que existindo uma modificação dos hábitos alimentares e do exercício permitem uma redução de peso na ordem dos 10% em homens com idades entre os trinta e cinco e os cinquenta e cinco anos com repercussão na redução da doença coronária em cerca de 20%.

Nos anos 50 foi referida a possível relação entre a obesidade e mortalidade precoce por doença cardiovascular (Marks 1960, cit. In Silva e Saldanha, 2007 a), mas só mais tarde foi relacionada com o desenvolvimento das lesões ateroscleróticas. A evidencia do excesso de peso e da obesidade relativamente às doenças cardiovasculares, pode ser reduzidas através do controlo de peso.

Não obstante, no estudo Framingham, verificou-se que as pessoas com excesso de peso (mais de 20% do peso considerado normal), apresentam uma taxa de mortalidade, relacionada com a doença coronária, duas vezes e meia maior, comparada com pessoas de peso normal (Kannel e Sorlie, 1983 in Vivacqua e Hespanha, 1992).

As mulheres com um índice de massa corporal elevado, superior a vinte e nove, apresentam um aumento de risco de doença coronária três vezes superior.

Na mulher o período pós menopausa, aumenta o risco de doença coronária, uma vez que deixa de existir a protecção dos estrogénios produzidos pelos ovários.

Os Hábitos Alimentares: A alimentação equilibrada e a aquisição de hábitos alimentares saudáveis são importantes factores, na promoção da saúde e na prevenção de situações que podem comprometer o desenvolvimento e bem estar do indivíduo, em todas as etapas do ciclo vital. Os

factores que influenciam os hábitos alimentares, são vários, nomeadamente, factores culturais, económicos, psicológicos, sociais e religiosos. Assim, devido ao aparecimento de uma enorme variedade de alimentos no mercado, estes são seleccionados de acordo com as preferências familiares, preço e cultura. Estes desempenham um papel fundamental na aceitação ou rejeição dos padrões alimentares.

A Direcção Geral de Saúde (2006), recomenda que os alimentos devem ser distribuídos, em várias refeições por dia com intervalos de 3 a 4 horas, não devendo o jejum nocturno ser superior a 10 horas. Nos idosos, este último, deverá ser de 6 a 8 horas, para restabelecer a energia necessária ao organismo, evitar possíveis hipoglicémias, fadiga, cansaço e irritabilidade.

Pretendendo melhorar o estado nutricional da população portuguesa, uma das metas para 2010 do Ministério da Saúde em Portugal, é atenuar os principais desequilíbrios ou erros alimentares que se devem em Portugal ao:

- Excesso de consumo de sal;
- Aumento do consumo das gorduras;
- Consumo excessivo de álcool;
- Reduzido consumo de leite e seus derivados;
- Abuso dos doces;
- Comida em excesso;
- Escassez de produtos hortícolas e fruta;
- Períodos prolongados de jejum – Pequeno-almoço ligeiro.

Resumidamente podemos afirmar que a obesidade não sendo uma perturbação psiquiátrica, é sobretudo uma doença provocada por comportamentos desadequados onde interferem múltiplos factores, como genéticos, culturais ou ambientais. É um importante problema de saúde pública por provocar um aumento da morbidade e mortalidade por diabetes, hipertensão, e doenças cardiovasculares, nas complicações cirúrgicas e em certas neoplasias. Deste modo é importante que os profissionais de saúde apliquem programas eficazes na prevenção e tratamento da obesidade.

1.2.4. Dislipidémia:

Os lípidos são ésteres de ácidos gordos que resultam da esterificação do álcool, por ácido gordo. Existem três tipos de lípidos: os triglicéridos, em que as três funções álcool do glicerol são esterificadas por três ácidos gordos, colesterol esterificado, em que a função álcool do colesterol é esterificada por um ácido gordo e os fosfolípidos, que se subdividem em glicerosfosfolípidos, em que as três funções álcool do glicerol são esterificadas por dois ácidos gordos e pelo ácido fosfórico, e em esfingolípidos, nos quais o álcool é a esfingosina e que predominam no tecido nervoso.

Os triglicéridos são lípidos que resultam fundamentalmente da ingestão alimentar e compõem 95% dos lípidos do tecido adiposo, sendo também partes essenciais das lipoproteínas VLDL e Quilomicra. No que respeita às funções que desempenham no organismo, os triglicéridos são fontes energéticas através dos seus ácidos gordos.

O colesterol tem uma produção intracelular importante, representando a fonte endógena cerca de 75% da produção total de colesterol, os alimentos são a segunda fonte. A síntese intracelular faz-se a partir do acetil Coenzima A, passando pela fase de hidroximetilglutaril Coenzima A, mevalonato, isopentenilpirofosfato, esqualeno e, por fim o colesterol.

Quanto às suas funções, o colesterol contribui para a formação das membranas celulares, das hormonas esteróides e dos ácidos biliares (Byrne, 1991).

A infiltração do colesterol nas paredes arteriais (placas de ateroma) é agravada ao se acrescentarem outros FR, cada FR independentemente pode contribuir para a formação das placas ateroscleróticas e para as DC (Byrne, 1991), figura 1.

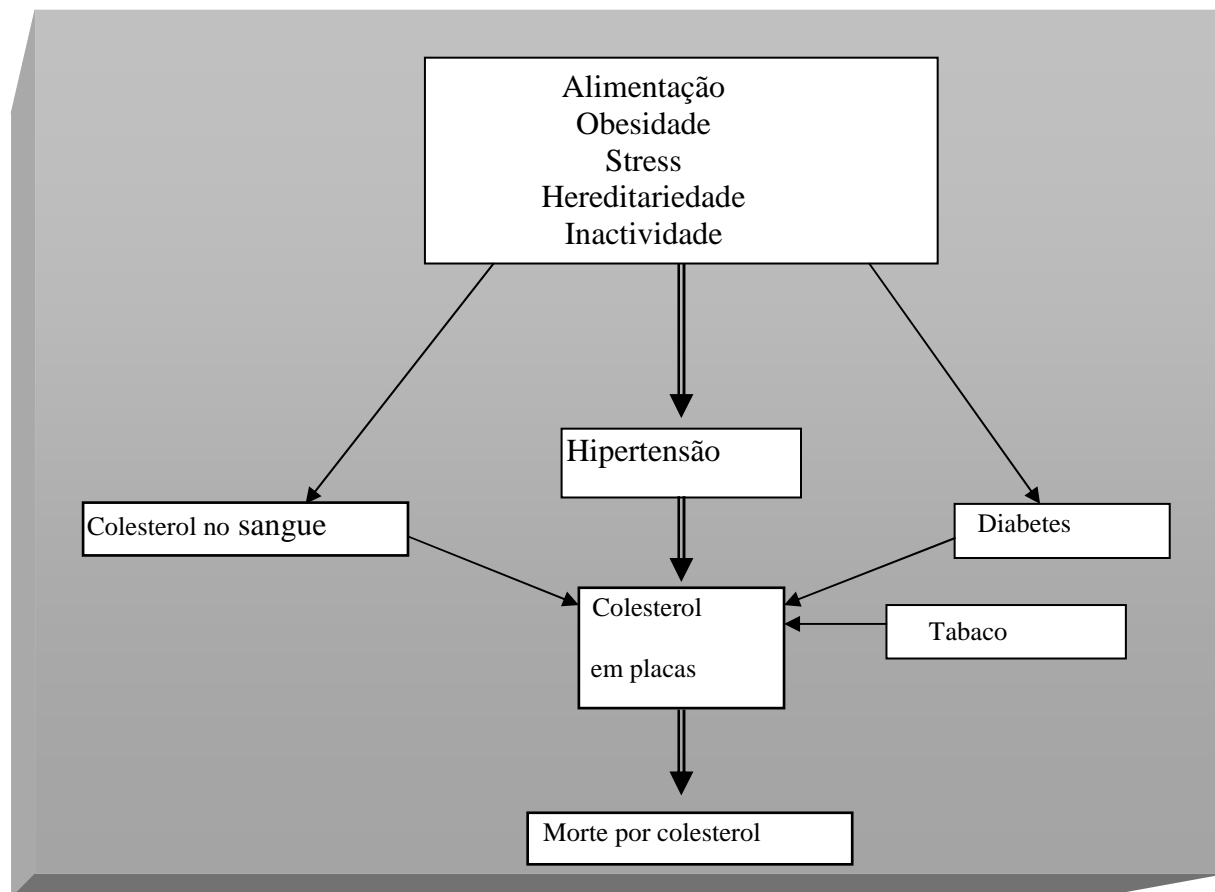


Figura 1. Relação entre factores de risco e a morte devido ao colesterol.

Fonte: Byrne (1991)

1.2.5. Hipercolesterolemia

Desde há algumas décadas, múltiplos estudos, epidemiológicos, clínicos, anatomopatológicos e de experimentação animal, confirmam a importância dos níveis plasmáticos elevados de colesterol e, mais especificamente, do colesterol das LDL, na etiologia da aterosclerose, e portanto, da doença coronária, existindo uma forte relação entre os níveis de colesterol e a morte pelas doenças coronárias.

Peritos em cardiologia preventiva estabeleceram que, em termos fisiológicos, os níveis de colesterol normais encontram-se entre 140 a 180 mg/dl (3.6 a 4.7 mmol/L).

Estes níveis agravam-se com a idade ou em indivíduos que apresentem outros factores de risco como o tabaco, diabetes ou hipertensão.

Também estudos realizados com indivíduos em fase de reabilitação indicam que a diminuição do colesterol sérico reduz os riscos de reincidência, abrandando a progressão de doença coronária. A aplicação de dietas específicas em conjugação com a ausência do tabaco pode resultar numa diminuição de 47% dos enfartes do miocárdio (Byrne, & Leren, 1991). Os mesmos autores, consideram aconselhável uma avaliação médica para indivíduos que tenham os seguintes níveis de colesterol no sangue: o colesterol total acima de 240 mg/dl (6.2 mmol/L) ou indivíduos com níveis entre os 200 a 240 mg/dl (5.2 a 6.2 mmol/L) associados a outros factores de risco ou que não respeitem uma alimentação saudável.

Estrutura e Funcionamento das Lipoproteínas: Uma vez que os triglicéridos e os ésteres do colesterol são substâncias insolúveis em meio aquoso, têm de circular na corrente sanguínea, no interior de umas moléculas de proteínas, esta combinação de lípidos com proteínas é designada por lipoproteína (LP). A camada exterior é formada pelos fosfolípidos e por umas proteínas chamadas apoproteínas (Apo). As apoproteínas (Apo) desempenham funções específicas no metabolismo das lipoproteínas. Assim, as apoproteínas são cofactores enzimáticos, pois a apoproteína (CII) estimula a lipoproteinolipase (LPL), que provoca a cisão dos triglicéridos em glicerol e ácido gordo; a apoproteína (CIII) tem, pelo contrário, uma acção inibitória do enzima; a apoproteína CI e a apoproteína A são cofactores da LCAT, que esterifica o colesterol e o introduz nas HDL.

A lipoproteína-A (Lpa) é uma lipoproteína encontrada no plasma do homem e de alguns animais, é estruturalmente semelhante às LDL na sua composição lipídica (triglicéridos, colesterol livre, colesterol esterificado e fosfolípidos) e na presença de apoproteína B 100.

Vários estudos epidemiológicos mostraram que níveis de Lipoproteína A elevados, especialmente acima dos 20 – 30 mg/dl, podem ser considerados um factor de risco importante e independente para as doenças coronárias (Sousa, 2007).

As moléculas de lipoproteínas apresentam-se com diferentes tamanhos, densidades e características físico-químicas, sendo geralmente classificadas numa das quatro categorias existentes: Quilomicra (QM); as lipoproteínas de densidade muito baixa (VLDL); as lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e as lipoproteínas de alta densidade (HDL).

Probabilidade de risco para as Doenças Coronárias: O aumento de níveis de colesterol no sangue tem sido relacionado com um aumento substancial no risco das doenças coronárias, particularmente em indivíduos com uma idade inferior aos 50 anos.

Pesquisas efectuadas com seres humanos demonstraram que uma dieta rica em colesterol promove enfarte do miocárdio, bem como constitui em si, um grande perigo para a saúde independentemente do seu efeito em termos de colesterol no sangue. No caso de existir uma elevação de colesterol no sangue o risco aumenta uma vez que o colesterol é o maior componente das placas que se formam nas paredes das artérias.

O impacto que os níveis de colesterol podem ter em termos do desenvolvimento ou reincidência das doenças coronárias é normalmente analisado pela relação existente entre o colesterol total e as proporções de LDL e HDL, este é o indicador individual de risco para as doenças coronárias.

Para se obter um rácio de colesterol, i.é. "*Lipid Panel*", realiza-se um teste que requer 12 horas de jejum, as análises apresentam as seguintes medidas: colesterol total, triglicéridos, HDL e LDL. Um perfil lípidico é essencialmente válido para indivíduos com idade superior a 55 anos ou que apresentem qualquer dos outros factores de risco para as doenças coronárias.

A preocupação com esta afecção remonta já desde algum tempo, tendo a *Atherosclerosis Study Group* (1984) aconselhado os seguintes valores:

3.5 mmol/L - Tem aproximadamente metade do risco de doença coronária.

9.6 mmol/L - Tem aproximadamente o dobro do risco de doença coronária.

23.4 mmol/L - Tem aproximadamente o triplo de risco de doença coronária.

Hopkins e Williams (1986) cit in Costa e tal (2003), a partir de uma meta-análise por eles realizada, calcularam que os rácios de doença coronária desceriam do seguinte modo:

44% se o nível médio de colesterol sérico fosse de 160 mg/dl.

43% se houvesse supressão do tabaco na sociedade.

36% se a média da pressão sanguínea diastólica fosse abaixo 80 mmHg.

33% com um manuseamento ideal do stress.

15% com a prevenção dos diabetes.

Sabendo que o fígado produz o colesterol necessário ao organismo humano, existem determinados factores que fazem variar os seus níveis de circulação no sangue.

Nalguns deles torna-se difícil uma actuação directa como os factores genéticos, algumas doenças hepáticas, renais ou da tiróide. Também alguns fármacos podem aumentar os níveis de colesterol como por exemplo contraceptivos orais.

No entanto existem outros factores associados ao estilo de vida, sobre os quais é possível actuar, como os erros alimentares, o sedentarismo, o tabagismo, a hipertensão arterial, o stress e o excesso de peso.

Uma alimentação equilibrada inclui cerca de 30% do valor calórico total destinado às gorduras, mas deste total somente 7 a 10% cabe à gordura saturada.

Assim e para controlar o colesterol, é necessário fazer uma alimentação variada e equilibrada, na quantidade certa. Para tal existe a roda dos alimentos que nos diz quais os alimentos necessários no dia a dia, bem como as suas proporções.

1.2.6. Hereditariedade (antecedentes familiares)

Para compreender como algumas doenças podem ser transmitidas de uma geração a outra, a pessoa deve primeiro compreender o papel que os genes desempenham na determinação da forma e da função de cada célula no corpo.

Os genes são as unidades básicas que determinam as características hereditárias de um organismo. São compostos de moléculas de ácido desoxirribonucleico (DNA) e podem ser imaginados como instruções químicas. Cada gene, de acordo com a estrutura específica de sua molécula de DNA, contém o código de uma característica específica que determina o que uma célula é e como ela funciona (como se um programa de computador não apenas dissesse ao computador o que fazer, mas também ajudasse a formá-lo).

Dentro de cada célula, milhares de genes estão conectados numa ordem específica, como as contas de um colar, para formar estruturas chamadas de cromossomas (que são, basicamente, filamentos contínuos de DNA). Foi estimado que cada célula contém cerca de 1,5 metro de filamentos de DNA enrolados, e que cada filamento é formado de cerca de 100 mil genes.

A composição específica dos genes e sua distribuição nos cromossomas constituem-se no projecto genético de cada indivíduo. As células que se desenvolvem no fígado, em vez de serem células sanguíneas ou fibras nervosas, por exemplo, fazem isso porque o seu código genético manda que elas ajam como células do fígado. Assim, as células do corpo são programadas para criar uma pessoa com cor de olhos e cabelo específicos, bem como milhares de outras características que fazem com que cada ser humano seja único.

A hereditariedade representa igualmente outro factor de risco para a aterosclerose e para a doença coronária. Em certas famílias, muitas pessoas apresentam angina de peito, enfarte, morte súbita ou acidente vascular cerebral, em idades bastante jovens.

Esta tendência familiar pode resultar da transmissão hereditária de uma susceptibilidade essencial para o desenvolvimento das lesões arteriais; da transmissão hereditária dos factores de risco, tais como hipercolesterolemia ou hipertensão; da influência do meio ambiente sobre os hábitos e sobre o comportamento das crianças.

Em relação à história familiar, constata-se que os descendentes em primeiro grau de pessoas com doença coronária prematura (antes dos 50 anos nos homens e dos 65 nas mulheres) têm um maior risco cardiovascular, considerando o risco tanto mais significativo quanto mais precoce é a ocorrência de enfarte do miocárdio nos familiares (Rodriguez, 2001 a).

Dado este factor ser inalterável, é essencial que as pessoas que o apresentam, estabeleçam precocemente aspectos preventivos nas suas vidas e façam um controlo positivo dos restantes factores de risco de doença coronária.

A prevenção na doença coronária (D.C.) em indivíduos com antecedentes familiares baseia-se no rastreio e na intervenção ao nível dos factores de risco modificáveis.

1.3. ABORDAGEM DE ESTILOS DE VIDA / FACTORES INTERVENIENTES NA DOENÇA CORONÁRIA

1.3.1. Hábitos tabágicos

O tabaco contém muitas substâncias diferentes, das quais grande parte tem efeitos nefastos em diversos aparelhos e sistemas do corpo humano. Deste conjunto evidenciam-se pela importância dos seus efeitos: a Nicotina, o Alcatrão e o Monóxido de Carbono.

A nicotina é um alcalóide e é o principal responsável pela grande dependência dos seus consumidores. Esta substância provoca um aumento do trabalho cardíaco e, simultaneamente, provoca a diminuição do calibre dos vasos reduzindo a chegada de sangue em quantidades necessárias para o bom funcionamento cardíaco. Os enfartes do miocárdio resultam desta carência de sangue e oxigénio nas células do miocárdio.

A nicotina é também responsável por um aumento da capacidade de coagulação do sangue, podendo originar a formação espontânea de coágulos (ou trombos).

O alcatrão é um agente importante de cancro e promove o aparecimento e o agravamento de doenças respiratórias graves.

O monóxido de carbono é um gás e a sua acção exerce-se pela diminuição de transporte de oxigénio pelo sangue.

Vários investigadores referem que os fumadores sofrem um aumento dos níveis de fibrinogénio no plasma e como consequência é aumentada a probabilidade de isquémia silenciosa e de arritmias (*Barry, Mead & Nabel, 1989*).

O coração é um dos principais órgãos atingidos pelo tabaco. A Organização Mundial de Saúde desde 1985 que indica que um quarto das doenças cardiovasculares é provocado pelo uso do tabaco e que entre os 45 e os 54 anos a mortalidade por enfarte dos fumadores é tripla em relação à dos não fumadores. Isto deve-se aos efeitos psicológicos na etiologia da doença coronária que remontam ao princípio do século XVII, altura em que W. Harvey publica a sua obra em que descreve a influência dos estados emocionais na dinâmica cardíaca do seguinte modo:

" (...) uma alteração mental produzindo dor, excessiva alegria, esperança ou ansiedade, estende-se ao coração, que afecta a sua ténpera e ritmo, perturbando a nutrição e o vigor (...) "

A nível da União Europeia, o tabagismo é considerado o factor de risco mais importante nas D.C. e está implicado em cerca de 50% das causas de morte evitáveis.

Os efeitos nocivos do tabaco são cumulativos, relativamente ao consumo diário e ao tempo de exposição.

Considera-se particularmente elevado o risco, quando a exposição é iniciada antes dos 15 anos de idade, destacando-se aqui as mulheres, por o tabaco reduzir de modo significativa a protecção relativa aparentemente conferida pelos estrogénios. É de realçar também, o maior risco para a concepção, gravidez e aleitamento.

Em relação ao tabagismo passivo, sabe-se que tem um risco acrescido para as D.C., favorecendo também a ocorrência de outras doenças como a osteoporose, doenças respiratórias e oncológicas.

De referir que um indivíduo ex-fumador que não possua D.C., ao fim de 10 anos de deixar de fumar, tem um risco semelhante ao de um não fumador.

1.3..2. Stress

Segundo Carlos Manso (1987), o stress é a resposta generalizada inespecífica, induzida por estímulos físicos, sociais e psicológicos vulnerabilizantes.

Hans Selye (1959), in C. Manso, (1987), o maior teorizador do stress, encara-o como parte do síndrome geral de adaptação, baseando-se no princípio que o homem reage ao perigo de uma maneira integrada, controlada pelo sistema Neuroendócrino e cujo objectivo é a sobrevivência.

Cannon (1935); in Albuquerque, (1987), por seu lado, diz o Sistema Simpático Supra Renal é activado por situações que requerem uma mobilização de energia (reacção de alarme) que prepara o sujeito para uma resposta de ataque ou fuga.

Inicia-se então, o stress por um conjunto complexo de acontecimentos presentes no ambiente com os quais a pessoa interage. Estes acontecimentos põem em jogo perícias individuais de adaptação que, por fim, são invertidas em respostas fisiológicas construtivas ou destrutivas.

Estas perícias de adaptação são designadas por **mecanismos de coping**. Este conceito, desenvolvido por Lazarus em 1974 (in Albuquerque, 1987), é fundamental para a compreensão das respostas psicológicas ao stress.

Para este autor, o stress é função do desequilíbrio entre as exigências situacionais e capacidades de assimilação ou acomodação do indivíduo às mesmas, através de respostas comportamentais.

Diversos autores, concluíram que todas as formas de doença são influenciadas pelas reacções aos acontecimentos de vida e pela relação do indivíduo com o meio.

Cox (1986) cit in Albuquerque (1987) apresenta um quadro ilustrativo que nos dá conta da amplitude dos efeitos e dos custos do stress na saúde, (26). Quadro 3.

EFEITOS SUBJECTIVOS
Dificuldade de concentração e de tomada de decisões, perturbação da memória, bloqueio mental, hipersensibilidade às críticas.
EFEITOS COGNITIVOS
Ansiedade, depressão, aborrecimento, agressividade, fadiga, culpabilidade, irritabilidade, instabilidade, baixa da Auto-estima, nervosismo e solidão.
EFEITOS COMPORTAMENTAIS
Tendência para os acidentes, explosões emocionais, alteração do apetite, bebida, fumo e drogas, impulsividade, riso nervoso, agitação, alterações da pele e tremores.
EFEITOS FISIOLÓGICOS
Aumentos das catecolaminas e dos corticoesteróides no sangue e na urina, aumento da glicemia, taquicardia, aumento da pressão arterial, secura das mucosas, suores, dilatação das pupilas, dificuldade em respirar, etc.
EFEITOS NA SAÚDE
Asma, dores no peito e nas costas, doença coronária, desmaios, tonturas, alterações da digestão, cefaleias, neuroses, psicoses, alterações psicossomáticas, etc.
EFEITOS LABORAIS
Absentismo, relações conflituosas, diminuição da produtividade, acidentes, mudanças de emprego, insatisfação.

Quadro nº 3. Efeitos e custos do stress na saúde.

Fonte: Cox (1986); in Albuquerque (1987, p. 51), (26)

Em 1994, Frasquilho cit. Lazarus, enfatiza o carácter interactivo e transaccional do conceito stress, não o considerando nem situação externa a carga ou o estímulo, nem tão pouco um estado interno - à reacção. Para este investigador stress é apenas uma construção intelectual para tornar apreensíveis uma série de interacções que surgem quando um sujeito é submetido a situações que exigem respostas adaptativas e que terão resultados complexos em diversos domínios possíveis

(fisiológicos, emocionais, cognitivo-comportamentais, sociais e médicos). Por um lado existem estímulos que agem sobre os indivíduos, por outro existem resultados, deformações provocadas que dependem de diversos moderadores psicossociais, entre os quais um processo avaliativo interno que pondera a gravidade das situações externas e a capacidade pessoal de reagir a elas.

As pessoas sob a acção de stress passam por três estádios do Síndrome Geral de Adaptação. O primeiro estádio – reacção ou fase de alarme, é activado pelo sistema nervoso central, surgindo quando o indivíduo é exposto a qualquer situação de "*Shock*", a qual induz respostas consideradas benéficas. Se esta situação se mantiver por várias horas ou dias, o organismo começa a sofrer adaptações, através de defesas gerais orgânicas, atingindo-se assim o segundo estádio – fase de resistência ou de adaptação, no qual predominam os efeitos da hormona hipofisária afim de frear a estimulação excessiva. Quando a situação de stress é bastante grave ou prolongada entra-se no terceiro estádio ou seja, a fase de esgotamento, podendo assim ocorrer a doença, pois nesta fase o indivíduo fica exausto, perdendo a sua capacidade de adaptação e surgindo os sintomas de alarme.

O termo adaptação é usado para explicar o processo como o organismo se adapta a certas reacções, agressões, ambiente ou modificações que ocorrem dentro do próprio organismo. Vagueiro, (1992), refere que as respostas adaptativas a agressões excessivas podem ser funcionais ou disfuncionais, uma vez que quando o sistema responsável pela adaptação pára de funcionar as respostas adaptativas transformam-se em respostas patológicas. Desta forma, quando as activações biológicas ou comportamentais, não neutralizam os estímulos, ocorre o stress crónico.

Considera-se stress agudo, situações em que a actuação biológico-comportamental induzida pelo estímulo provocador do stress se manifesta rapidamente e dura pouco tempo, com retorno às condições basais.

A mesma autora refere o stress crónico como situações em que a activação biocomportamental desencadeada pelo agente causador de stress não desaparece com o tempo mantendo-se constante ou com tendência a aumentar progressivamente sem retorno á condição basal.

As emoções quer as positivas quer as negativas, quando têm características de stress agudo são pouco significativas em termos de risco psicossomático. Por outro lado em condição de actividade emocional crónica, entra-se na área de risco psicossomático.

Estas condições, vêm de encontro ao que alguns investigadores apelidam de *dystress* e *eustress*, uma vez que atribuem o termo *dystress*, ás situações que resultam em quebra dramática do

equilíbrio psico-físico, e *eustress*, às situações em que a probabilidade de um desfecho positivo é maior (Frasquilho, 1994).

1.3..3. Comportamento Tipo A

Os factores psicológicos têm sido os mais estudados, sobretudo a variável - Padrão de comportamento Tipo A (Burrell et al., Denollet, 1991; Melamed, Harari, & Green, 1993; Mendes de Leon, Powell, & Kaplan, 1991; Miller, Taylor, Davidson, Hill, & Krantz 1991). Estes foram os primeiros cardiologistas a identificar um conjunto de características comportamentais comuns aos indivíduos com doença coronária com elementos sem coronariopatia focalizando os seus estudos na observação sistematizada, efectuando a entrevista estandardizada dos comportamentos individuais destes doentes, chegaram á formulação de um constructo de comportamento, a que deram o nome de Tipo A.

Este Estilo Comportamental é caracterizado por:

- um espírito de competição exagerada, um elevado investimento na vida profissional. um esforço constante e elevado para o controle das situações, uma reactividade face a situações sentidas como ameaçadoras, uma necessidade exacerbada de reconhecimento social (Nunes, 1989).

"No discurso típico dos indivíduos com este tipo de comportamento destaca-se uma tonalidade vocal elevada, uma aceleração do ritmo da fala e um recurso sistemático à ênfase silábica, o que se traduz, por um discurso de tipo explosivo" (Xavier, 1989, p.145). Estes indivíduos envolvem-se profundamente na sua profissão excluindo os restantes aspectos das suas vidas e experimentam um sentimento de culpa durante as horas de lazer ou períodos de relaxação (Pollock & Wilmore, 1990), o que está directamente relacionado com o arquétipo do Tipo A que tenta realizar mais e mais em cada vez menos tempo, ou seja, a componente designada por urgência do tempo (Bennett, 1999). Esta característica dá origem a uma "luta" constante interna que pode resultar num conflito crónico e interferir nas relações sociais.

O comportamento Tipo A é um padrão de predominância masculina; contudo as investigações mostram que quando os factores socioeconómicos são controlados não há diferença entre sexos.

Em 1997, numa revisão de literatura realizada por Cohen, Ardjoen e Sewperad, confirmam que este padrão comportamental é susceptível de ser alterado, e que, se o for, se vem repercutir na probabilidade de sobrevivência.

1.3.4. Ansiedade, Depressão e Locus de Controlo

Existem estudos que têm apontado a ansiedade e a depressão, como factores relacionados com a doença coronária. Desta forma nesta parte da revisão da literatura, serão abordados os conceitos de ansiedade e depressão, suas relações com a doença coronária, para além de ser ainda abordado o conceito de locus de controlo, relacionando-o com ansiedade e depressão.

Albuquerque (1987), refere a existência de dois tipos de depressão, uma mais grave (endógena) e outra mais ligeira (depressão reactiva), sendo a primeira de origem hereditária e biológica, e a segunda essencialmente de origem psicológica. O autor, aponta este último tipo de depressão, como responsável pela verdadeira epidemia que assola as sociedades urbanas e industrializadas. Esta pode aparecer em qualquer idade, até na infância e adolescência mas aumenta a sua frequência depois dos 55 anos.

A depressão é um síndrome, que se traduz pela expressão verbal e não verbal de sentimentos tristes, muitas vezes acompanhada de ansiedade, irritação, ou mesmo cólera. Este estado acarreta inúmeras desordens como:

- alteração do sono e do apetite (diminuídos ou aumentados);
- perda da libido sexual;
- perda de interesse e prazer;
- recusa de contactos sociais;
- diminuição dos comportamentos activos e produtivos;
- aumento dos comportamentos passivos e improdutivos.

O aumento da depressão está intimamente relacionada a factores de stress, no entanto, apesar da depressão poder aparecer pouco depois de acontecimentos traumáticos (como a morte, doença grave ou acidente), a maior parte das depressões desencadeia-se segundo o modelo do copo a encher-se gota a gota até que mais uma gota o faz transbordar e a partir dessa gota, a pessoa entra em depressão. Isto significa, que com frequência pequenos *stresses* do dia-a-dia, repetidos no entanto durante meses ou anos, são mais difíceis de resolver do que grandes traumas psicológicos perante os

quais a pessoa consegue com frequência mobilizar todas as suas forças e enfrentar (Albuquerque, 1987).

Para uma melhor compreensão da depressão, há que ter em conta o modelo cognitivo-comportamental da depressão, no qual é abordada a interacção entre o comportamento individual e o seu ambiente próximo, assim como, a forma como um sistema cognitivo em que a pessoa tem uma visão negativa de si e do que o rodeia vai influenciar o seu comportamento.

Por outro lado, a pessoa ansiosa, apresenta pouco controlo sobre as suas intrusões cognitivas, desenvolvendo um estado de agitação como forma de prevenir e eliminar o perigo. Desta forma a pessoa ansiosa tem a ilusão de controlar o seu envolvimento, surgindo a agitação em torno dos seguintes temas: dinheiro, trabalho, doença, organização familiar, e actividades banais, por medo de falhar (Ladouceur, 2000). Este autor, refere que a ansiedade, cujo aparecimento é gradual se faz acompanhar por manifestações somáticas, as quais, podem ser divididas em três grupos: tensão motora, desordens neurovegetativas e vigilância excessiva.

Vagueiro (1992), refere que a ansiedade é um factor comportamental importante, que estudos, que denotam, que os indivíduos com mais elevado nível de neuroticismo ou seja, emoções negativas crónicas e características cognitivo-comportamentais associadas, tais como as preocupações e a insegurança têm menor sentimento sobre si próprios, menor auto-estima, menor atribuição de valor, menor auto-eficácia, ou seja, os julgamentos individuais que cada pessoa faz sobre as suas capacidades são minorizados. Um tipo de locus de controle externo (Krause e Stryker, 1994), encontram-se mais susceptíveis de sofrer os efeitos negativos do stress, ou seja a doença.

Visto o tipo de locus de controle externo, ser considerado também como um factor, que torna os indivíduos mais susceptíveis de sofrerem os efeitos negativos do stress, parece-nos importante compreender melhor este constructo.

O conceito de **locus de controle**, desenvolveu-se no contexto da teoria da aprendizagem social de Rotter, cuja assumpção básica é que a unidade de investigação para o estudo da personalidade é a interacção do indivíduo com o seu meio significativo. Assim o comportamento em situações diferentes será diferente, existindo, no entanto um gradiente de generalização de uma situação para outra (Rotter, 1990). Considerando-se que toda a expectativa do sujeito face a uma dada situação, não só depende das expectativas que são determinadas pelas experiências específicas nessa

situação, mas também das experiências em outras situações que o indivíduo percebe como similares (Lourenço, 1988).

Na primeira exposição deste constructo, o conceito de locus de controlo foi referido como diferenciando os indivíduos conforme o grau em que aceitavam, ou não, o controlo pessoal sobre o que lhes acontece. Assim, como principio geral, o controlo interno refere-se á percepção dos acontecimentos como contingentes ao próprio comportamento, ao contrário do controlo externo, que se refere à percepção dos acontecimentos, como independentes do comportamento, logo como fora do controlo pessoal.

Sobre este construto várias investigações têm sido realizadas, as quais referem, que os indivíduos "internos", apresentam por comparação com os "externos", maior desenvolvimento moral, maior satisfação no trabalho, mais persistência face a dificuldades, mais assertividade, mais competência na resolução de problemas pessoais e menos tendência para perturbações e desajustamentos, tais como, depressão e ansiedade (Lourenço, 1988).

A Teoria do Locus de Controlo de Rotter (1954): Combina aspectos das teorias behavioristas com aspectos das teorias cognitivistas.

Procura determinar os factores pessoais e situacionais que determinam o comportamento social humano.

Os factores que o autor valoriza são: expectativas, valor do reforço e situação psicológica.

Assim o Locus-de-Controlo define-se como uma característica psicológica que tipifica o grau em que o indivíduo percebe que o que lhe acontece na vida do dia a dia, é consequência das suas acções e, por isso, pode ser controlado por ele (controlo interno) ou, como não tendo relação com o seu comportamento e, por isso, está fora do seu controlo (controlo externo). Como diz Rotter, é a percepção do indivíduo "*que um reforço sucede, ou é contingente, ao seu comportamento, versus a percepção, que o reforço é controlado por forças exteriores a ele e pode ocorrer independentemente da sua acção*". Embora o Locus-de-Controlo tenha sido concebido como uma característica geral, diversos autores têm defendido que esta variável pode, e deve, ser considerada em domínios específicos. Por exemplo, Strickland (1989), defende a importância de considerar a especificidade do Locus-de-Controlo no domínio da saúde.

Diversos estudos de análise factorial realizados sobre a escala original de Rotter têm encontrado diversos factores levando os autores a afirmar que ao invés de ser uma escala unidimensional ela é multidimensional.

Referindo-nos agora, à relação existente entre estes factores e a doença coronária, foi verificado que, pessoas em risco de enfarte do miocárdio, apresentam mais preocupação, assim como, revelam níveis mais elevados de tristeza e sintomas relacionados com a ansiedade (Vagueiro, 1992).

A relação existente entre doença coronária e depressão, além de positiva, apresenta-se mais intensa do que aquela que existe com o padrão de comportamento tipo A, no entanto há que ter em conta que o numero de trabalhos que relacionam depressão e doença coronária, é bastante inferior em comparação com o numero de trabalhos que relacionam o padrão de comportamento tipo A e doença coronária.

A depressão, é apontada como um sintoma existente em mais de 40% dos indivíduos com doença coronária, podendo a explicação da depressão como factor desencadeante de doença coronária ser encontrada, nas bases biológicas deste factor, em particular na sua relação com o sistema nervoso autónomo .

Por sua vez e para o mesmo autor, também a ansiedade, tem sido relacionada com o desenvolvimento de DC, referindo os estudos realizados a existência de altos níveis de ansiedade em pacientes que desenvolvem esta doença. No entanto, quando se verifica a combinação de factores, tais como, o padrão de comportamento tipo A, locus de controlo externo e altos níveis de ansiedade, as probabilidades de desenvolvimento de DC, aumentam bastante.

Por último há a referir que, apesar da evidência encontrada, em relação aos altos níveis de ansiedade e depressão, nos indivíduos que desenvolvem DC, tanto nos estudos retrospectivos, como nos prospectivos, o numero de trabalhos sobre este tema são escassos.

Outra situação a salientar, é a ansiedade em relação às situações que envolvem processos cirúrgicos.

A ansiedade é uma reacção adaptativa normal ao stress da cirurgia. Ocorre na fase pré-operatória quando o doente antecipa a cirurgia assim como problemas pós operatórios como dor e desconforto, alterações na imagem corporal ou na função corporal, maior dependência, perda de controlo, preocupações familiares ou alterações potenciais no estilo de vida. Esta pode ser diminuída se o doente receber a cirurgia como uma experiência positiva, como para curar a doença, aliviar o

desconforto ou criar uma aparência física mais atraente. Por outro lado, a ansiedade aumenta normalmente quando a condição patológica subjacente é ou julga que é uma malignidade ou ameaça à vida.

Alguns pesquisadores referem que a ansiedade e a depressão são as reacções emocionais mais frequentes em cirurgia, principalmente em adultos com idade superior a 45 anos.

Em cirurgia cardíaca a qualidade dramática de "tudo ou nada", pela posição que o coração ocupa na vida psíquica do indivíduo, sugere a implicação de morte repentina.

Para Dolto, (1992), o coração simboliza para o ser humano "*o lugar contínuo imaginário e o centro do seu narcisismo, o lugar dos afectos tem o mesmo nome que o órgão anatómico*". Assim a cirurgia cardíaca desperta ansiedades profundas e intensas, nem sempre concordantes com a gravidade real da intervenção cirúrgica.

1.3.5. Sedentarismo

O tipo de vida e o desenvolvimento económico e social conduziram a uma acentuada redução dos níveis médios de actividade física da sociedade ocidental, no qual Portugal está incluído.

O sedentarismo é o maior factor de risco independente para as doenças coronárias, existindo uma relação inversa entre a actividade física e os factores de risco para as doenças coronárias. Devido ao facto de grande parte da população em geral ser inactiva, o risco comunitário é consideravelmente superior a outros factores de risco para as doenças coronárias (Bijnen, Caspersen, & Mosterd, 1994), concluindo-se que a inactividade física é um factor de risco com, aproximadamente as mesmas probabilidades que os factores de risco – hipercolesterol e o tabaco (Bovens, Van Baak, Vrencken, Wijnen, Saris, & Verstappen, 1993).

Assim, se demonstra que a actividade física regular e consequente condição física, são importante para a saúde, tendo como consequência nos adultos uma reduzida incidência de doença coronária. Por outro lado, a actividade física regular está associada com a melhoria dos outros factores de risco (lípidos no sangue, pressão arterial, obesidade, diabetes, fumar, etc).

A actividade física é um termo amplo e de difícil avaliação, em termos fisiológicos não é mais do que qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que resulta num aumento

substancial de dispêndio energético quando comparado com o repouso, medido em Kilojoules (KJ) ou em Kilocalorias (Kcal).

A actividade física adequada define-se como aquela que permite exercitar a maior parte dos grupos musculares do organismo, que aumenta a frequência cardíaca até 60 a 80% da sua capacidade máxima, provocando transpiração. A sua prática deve ser pelo menos durante 30 minutos, três dias por semana. Nos idosos recomenda-se a marcha durante uma hora diariamente.

Em termos comportamentais pode ser vista dentro dos aspectos de recreação e lazer, da reabilitação ou relacionado com a saúde.

Vários estudos têm demonstrado que o exercício físico melhorava o bem-estar e o humor, a auto-estima e o auto-conceito, e ainda, que este influenciava o funcionamento cognitivo.

Rodriguez, (2001^a), refere que o exercício físico diminui a resistência à insulina, melhora os parâmetros da pressão arterial e o controle do peso, aumenta o débito cardíaco e a capacidade de aporte de oxigénio aos tecidos.

Hoje em dia a investigação permite-nos dizer com segurança que a actividade física e a boa forma física aumentam a longevidade (as pessoas activas vivem cerca de dois anos mais), protegendo contra o desenvolvimento de cardiopatia isquémica, (DGS, 2001).

O sedentarismo ou inactividade física, é um comportamento de difícil medição e por isso de difícil diagnóstico.

Ocupação de Tempos Livres: Segundo Roper (1995), os adultos devem procurar tipos de actividades diferentes das suas actividades profissionais. Quando a actividade profissional favorece o sedentarismo devem praticar actividades ao ar livre e mais desportivas. Pelo contrário pessoas com actividade profissional intensa poderão ocupar o seu tempo livre com actividades mais sedentárias como por exemplo, actividades musicais, televisão, cinema, leitura, etc. Assim a actividade física e mental contribui para o equilíbrio bio-psicossocial do indivíduo, dos grupos e das próprias comunidades. No entanto, os factores pessoais e sociais, como a idade e o sexo exercem grande influência nos gostos e nas disposições individuais, que vai determinar o tipo de ocupação na vida (individual ou em grupo). Também, os factores ambientais influenciam as pessoas de forma inconsciente, levando-as à opção por determinados tipos de recreação. Além das actividades já

referidas como formas de ocupação dos tempos livres, temos de ter em conta a dimensão espiritual. Para Poirier (1995) a prática de certas religiões pode influenciar a aprendizagem dos indivíduos, principalmente os idosos. À medida que a idade aumenta, cresce a participação destes, nos actos religiosos e nas festas populares.

1.3.6. Idade e Sexo

A idade e o sexo, são dois factores de risco, sobre os quais ainda não há muita informação. Segundo (AHA, 1980, cit. in Hall, 1993), os homens têm um maior risco face à doença coronária do que as mulheres. Esta diferença resulta em parte de diferenças hormonais (estrogéneos). De facto a protecção relativa que a mulher goza desaparece alguns anos depois da menopausa uma vez que os estrogénios produzidos pelos ovários são protectores de doença coronária. De acordo com Rodriguez (2001 a), existe um retardamento de dez a quinze anos no advento de doença coronária comparativamente com os homens.

A presente estatística aponta para o aumento da doença na mulher jovem, estando associado ao tabagismo e ao stress da vida extra familiar.

A pílula, anticoncepcional, aumenta o risco de desenvolvimento de uma doença coronária; este risco existe sobretudo na presença de outros factores favorecedores.

Em relação à idade, verifica-se que a doença coronária surge como a principal causa de morte nos homens entre os 35 e 44 anos, aumentando com a idade.

Em 2008 foram retiradas algumas conclusões do estudo conduzido na Clínica Mayo, em Rochester, no Minnesota, que aponta para os homens que sofrem de disfunção erétil têm um risco 80 por cento maior de desenvolverem doença cardíaca.

1.3.7. Factores Socio – Ambientais

Em relação ao estudo dos factores sócio-ambientais, consideram-se três grandes categorias: stress ocupacional, nível educacional e mobilidade social.

Stress Ocupacional: Muitos estudos têm sido realizados sobre esta temática, relacionando as condições de trabalho com a saúde em geral. Em relação às doenças coronárias concluiu-se existir uma maior incidência de doença coronária em indivíduos que estão expostos a condições desagradáveis de trabalho.

Por stress ocupacional são designados factores negativos do ambiente ou agentes indutores de stress (trabalho em excesso, papel conflito/ambiguidade, condições de trabalho carenciadas), associados a um dado posto de trabalho. A estes precursores ambientais, associam-se ainda as características inerentes ao indivíduo, os seus comportamentos e as suas relações exteriores que podem também contribuir para a saúde ocupacional.

Além da preocupação com o tipo de ocupação, tem sido também dada atenção a pesquisas sobre sobrecarga e horário de trabalho.

Albuquerque (1987), relacionando estudos anteriores, mostrou que o numero de horas de trabalho era um factor importante para a doença cardíaca, pois os trabalhadores que tinham um horário superior a 42 horas de trabalho por semana tinham duas vezes o risco acrescido de morrerem de doença cardíaca.

Já em 1982, Cooper e Marchall, num estudo feito com jovens doentes coronários, concluíram que 25% tinham estado a trabalhar em dois empregos e que mais de 45% trabalharam em empregos que requeriam mais de 60 horas de trabalho semanais.

Também concluíram que a sobrecarga está significativamente relacionada com um certo número de sintomas ou indicadores de stress: bebida como escape, absentismo no trabalho, baixa motivação no trabalho, baixa auto-estima e falta de apoio aos empregados.

Em 1987, Albuquerque, refere que é indutor de stress o horário de trabalho, pois os trabalhadores por turnos mostraram a existência de uma maior frequência de perturbações do sono, irritabilidade, nervosismo e perturbações digestivas do que os trabalhadores diurnos.

Por outro lado, o stress ocupacional está associado ao papel da pessoa no trabalho, centrando-se a maior parte das investigações nesta área no papel da ambiguidade e do conflito.

Além das fontes citadas de stress, existem outras, extra organizacionais que afectam o bem estar físico e mental no trabalho (Cooper e Marchall, 1982), tais como, problemas de família, satisfação na vida e crises, dificuldades financeiras, entre outras.

Mobilidade Social: Este conceito abrange situações de mobilidade geográfica, ocupacional, cultural e de estatuto social. Estes fenómenos podem causar situações problemáticas nas redes sociais do indivíduo, levando-o a experimentar situações de stress, que por sua vez vão influenciar o risco de desenvolver doença coronária.

Azzi, (1970), baseado noutras investigações, encontrou maiores prevalências de doença coronária em indivíduos com uma ou mais mudanças de lugar ou residência (mobilidade geográfica) e com 4 ou mais mudanças de profissão (mobilidade ocupacional), ao longo da sua vida.

Nunes & Soczka, (1989), demonstraram que o suporte familiar dado pelos amigos e familiares está associado à diminuição das manifestações de depressão e das queixas em relação à saúde.

O papel dos suportes providenciados pela família, amigos, colegas de trabalho e equipas de saúde tem sido referidos por muitos autores, em relação á diminuição da ocorrência de enfarte do miocárdio.

A investigação tem demonstrado que o apoio social pode actuar a um nível psicológico como moderador do stress e da reactividade cardiovascular.

Lepore et al. (1993), concluíram que o apoio social reduz a reactividade cardiovascular, quando verificaram que os indivíduos colocados numa situação de stress na companhia de um desconhecido que lhes prestava apoio, apresentavam menor reactividade cardiovascular que aqueles que enfrentavam essa mesma situação, não recebendo apoio de desconhecidos.

Em 1989, Nunes e Soczka, num estudo realizado em Portugal, verificaram que a relação com o apoio social e doença coronária, foi também confirmada, quando encontraram nos doentes coronários um padrão de não-comunicação interpessoal assim como lacunas nas redes sociais.

Vários investigadores têm sugerido que para além da mobilidade social, também a incongruência do estatuto social entre os associados conduz a um maior risco de doença coronária (Vagueiro, 1992).

Cooper e Marchall, 1982, referem que o stress provocado pelo estatuto social é um problema na sociedade ocidental que tem elevados índices de morbilidade.

Os mesmos autores, apontam para o conflito gerado por expectativas incompatíveis com a posição social ocupada, que pode levar a distúrbios psicológicos e frustrações, que por sua vez são elos da cadeia stress-doença, explicação lógica para o stress induzido pela inconsistência do estatuto social.

Acontecimentos de Vida: Cardoso et al., em 1988, referem que o papel desempenhado pelos acontecimentos de vida na doença coronária, pode interferir ao nível dos factores de risco clássicos exarcebando-os, desencadeando respostas emocionais. Assim, existindo um terreno psicológico predisponente, podem ser descarregados somaticamente, sendo neste caso o órgão alvo o coração.

Segundo Vaqueiro, 1992, os acontecimentos de vida considerados como precipitantes de doença coronária têm sido: A morte do cônjuge, o divórcio, a separação marital, a prisão, despedimento do emprego, problemas financeiros, reforma, mudança de residência, casamento, desastre ou doença, entre outras.

Para Ramos (2004), tendo observado outras investigações, refere existir relação entre stress, morte súbita cardíaca e enfarte do miocárdio, sobretudo quando este é combinado com fraco suporte social ou isolamento social.

CAPÍTULO II

A REABILITAÇÃO CARDÍACA, CAPACITAÇÃO E ESTILO DE VIDA

2.1. Definição, Objectivos e Componentes da Reabilitação Cardíaca

A Reabilitação Cardíaca é um processo pelo qual o indivíduo com doença cardiovascular (incluindo mas não limitado a doenças coronárias) recupera e mantém um óptimo nível fisiológico, psicológico, social, emocional e vocacional (AAQVPR, 1991; Hall, 1993). Manifesta-se numa preocupação de facilitar e proporcionar aos indivíduos que apresentem um quadro clínico de doença os conhecimentos e as condições necessárias para a diminuição de riscos de reincidência ou mesmo de mortalidade (Abbott, 1988), permitindo desta forma o retorno activo e produtivo dos indivíduos com doenças cardiovasculares à sua vida quotidiana apesar das limitações impostas pelas condições de doença (WHO, 1993). A operacionalização e a concretização desta intenção passa pela colocação dos doentes coronários nos diversos programas de reabilitação das fases respectivas à sua condição de doença.

A RC, nos anos 60, estava predominantemente direccionada para os indivíduos em recuperação do enfarte do miocárdio. Aconselhavam-se diversas intervenções reabilitativas, mas a sua concretização era deixada à responsabilidade do próprio paciente. Desde 1993 e segundo a WHO, considera-se a reabilitação como parte essencial e integrante dos cuidados médicos que deve ser acessível a todos os pacientes cardíacos.

A qualidade de vida de cada indivíduo, na qual a saúde é um factor essencial, deve constituir a primeira meta social, sendo da responsabilidade das diversas instituições a contribuição para uma melhor integração social do indivíduo que pela sua condição de doença, apresenta algumas limitações ou incapacidades.

A RC procura um equilíbrio dos vários domínios do comportamento de modo a transferir um bem-estar intra e inter-indivíduoal que só pode ser alcançado através de hábitos de vida saudáveis, estando a sua eficácia dependente de uma intervenção interdisciplinar que ultrapassa largamente o antigo conceito de multidisciplinariedade (Abbott, 1988).

A Organização Mundial de Saúde a partir de 1993, considera que as doenças cardiovasculares continuam em destaque relativamente às taxas de morbilidade e mortalidade prematura nos países industrializados, reforçando cada vez mais o papel dos processos de reabilitação.

O processo de reabilitação coronária dever-se-à realizar por fases, chamadas de fase I, II, III, IV.

Fase I: Esta fase refere-se à RC aplicada com o paciente ainda no Hospital. Corresponde normalmente a um período que tem a duração de 6-14 dias, podendo o enfarte do miocárdio ou uma intervenção cirúrgica exigir uma duração superior, (Hall, 1993).

O objectivo, em parte, é descondicionar a inactividade que, regra geral, é originada pelos períodos prolongados da posição de acamado.

A reabilitação é iniciada imediatamente após o acidente ou intervenção cirúrgica, através de discussões informais com os enfermeiros e os médicos, numa vertente educacional, e acompanhada pela intervenção terapêutica das actividades de autonomia pessoal determinadas pelo médico e sua equipa.

É essencial que um paciente quando tem alta do hospital saiba exactamente o que "pode" e " não pode" realizar (Hall, 1993).

Fase II: Esta fase II é considerada como um período de convalescença e deve ser aplicada imediatamente após a saída do hospital ou nas 2 a 3 semanas que se seguem, mais especificamente quando e se o médico recomendar (Hall, 1993) e deve ter um duração aproximada de 8-12 semanas. De acordo com o perfil e estratificação de riscos do paciente (baixo, moderado ou alto-risco) determinado pelo staff clínico, é recomendado o tipo de recuperação necessária no que diz respeito à intensidade do exercício, ao tipo de redução de factores de risco e suportes psicológicos e vocacionais, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR, 1991).

Fase III: A fase III é a parte supervisionada de um período de desenvolvimento/manutenção e, de forma geral, tem a duração de 4-6 meses (Hall, 1993), ou de 6-12 meses, dependendo esta decisão das aquisições e dificuldades que o paciente vai demonstrando.

Fase IV: A fase IV consiste num período de duração indefinida e não é supervisionado pelo médico, constituindo-se como uma fase de manutenção fora do Hospital e é aplicada ao paciente

que estabilizou a resposta ao exercício relativamente ao sistema cardiovascular e fisiológico (AACVPR, 1991; Hall, 1993).

Nas fases III e IV prosseguem os esforços iniciados nas fases anteriores e desempenham um papel de **reforço** nos hábitos de vida saudáveis e de **prevenção** de comportamentos susceptíveis de provocar novos acidentes cardíacos.

No processo global de reabilitação é necessária uma intervenção ampla, dirigida a reduzir as consequências emocionais adversas que se desenvolvem com a experiência da doença, ajudando a encontrar as condutas necessárias, que permitam desenvolver níveis de actividade mais adequadas, ou a modificar hábitos comportamentais de risco coronário (tabaco, dieta, exercício físico), (Bueno, 1994).

Considerando o enfarte do miocárdio como um acontecimento altamente stressante, em que, nesta situação o doente pode fracassar, manifestando-se então consequências comportamentais e cognitivas que interferem com o seu bem estar pessoal, que o impeçam na reinserção das suas actividades habituais e lhe prejudiquem seriamente a saúde, surge a intervenção psicológica, dirigindo-se em primeiro lugar, a reduzir o impacto emocional provocado pelo enfarte e, uma vez estabelecido um estado psicológico adequado, treinar o doente nas habilidades necessárias para abordar as mudanças no seu estilo de vida que lhe permitam uma reintegração com êxito e saudável nas diferentes esferas de funcionamento diário.

Estudos realizados sobre a alteração do estilo de vida nas doenças coronárias por West e Evans (1986), em 349 indivíduos que sobreviveram 10 anos a enfarte do miocárdio, sobre (fumar, dieta, peso, exercício, medicamentos e tratamento), desde que deixaram o hospital, comparativamente com um grupo de 277 indivíduos, utilizados como grupo de controlo. Os sobreviventes do enfarte do miocárdio, antes do enfarte fumavam mais, pesavam mais, e exercitavam-se menos que o grupo de controlo.

2.2. Implicações Psicológicas da Doença – Imagem Corporal

A imagem corporal é a ideia mental que a pessoa tem do seu corpo em qualquer momento e baseia-se nas percepções passadas assim como nas actuais.

Este quadro mental do corpo de alguém desenvolve-se com o tempo e deriva de sensações interiores, alterações de postura, contacto com os objectos e pessoas exteriores, experiências emocionais e fantasias. A imagem corporal é formada pela interacção entre o fundo perceptual e o fundo experimental. O fundo perceptual consiste em todas as experiências sensoriais presentes e passadas, ao passo que o fundo experimental consiste em todas as experiências, afectos e memórias. A imagem corporal é influenciada pelo crescimento cognitivo assim como pelas alterações no corpo que dão origem a estímulos físicos. Estes estímulos podem ser internos ou externos ao corpo e incluem estímulos vindos do ambiente social e físico.

Três níveis de experiências corporais desempenham um papel no desenvolvimento da imagem corporal: somáticas, comportamentais e topológicas.

Os estímulos somáticos incluem sensações neurológicas, metabólicas, endócrinas e hormonais. Este nível sensorial de experiência é observado em bebés que reagem a estímulos internos. À medida que um bebé toma conhecimento da separação do ambiente, tornam-se evidentes os aspectos comportamentais do desenvolvimento da imagem corporal que envolvem variáveis perceptuais, cognitivas, motoras e de personalidade. Durante a adolescência, os estímulos topológicos, por exemplo, as sensações superficiais e as características físicas das superfícies do corpo, tornam-se influentes. A modificação da imagem corporal de alguém ocorre com novas percepções e novas experiências.

Durante todas as fases de crescimento e desenvolvimento e com as mudanças no estado de saúde, a imagem corporal está continuamente a ser alterada.

A imagem corporal forma um aspecto do auto-conceito do indivíduo. A importância da imagem corporal do auto-conceito variará principalmente de acordo com a natureza e intensidade dos valores e emoções nelas investidos. O EU, é aquilo que uma pessoa é, ao passo que a auto-imagem, é aquilo que uma pessoa pensa do EU. Um factor essencial no desenvolvimento da auto-imagem é a imagem corporal. A imagem corporal é uma experiência inter-pessoal do corpo, incluindo as atitudes e os sentimentos da pessoa. A imagem corporal de alguém torna-se um *standard* que influencia a realização e a maneira de pensar sobre si mesmo.

Muitos *standards* sociais e culturais influenciam o desenvolvimento da imagem corporal. As atitudes da sociedade, pais e irmãos, vão-se reflectir na maneira como as pessoas encaram os seus corpos.

Dado que a imagem corporal é uma percepção dinâmica, constantemente em mudança, a alteração na estrutura, função ou aparência do corpo exige modificação da imagem que um indivíduo tem. A ideia da imagem corporal perturbada surge de observações que as pessoas com estrutura, função ou aparência alteradas podem não perceber e adaptar-se ao corpo como ele existe.

O internamento hospitalar e a intervenção cirúrgica, são experiências complexas que provocam respostas psicológicas de adaptação podendo vir a constituir uma situação dramática no percurso existencial do indivíduo. Assim, a colocação da pessoa num ambiente diferente do seu habitat, conduz a um certo isolamento social e afectivo.

A cirurgia é uma experiência única para cada doente, dependendo dos factores psico-sociais e fisiológicos subjacentes presentes em cada experiência.

Assim, não há duas pessoas que reajam de igual modo a operações semelhantes, nem uma pessoa reage sempre de maneira igual a diferentes cirurgias.

A cirurgia é uma experiência importante para o doente e família, é um agente provocador de stress, que produz tanto reacções de stress psicológico (ansiedade, medo), como fisiológicas (endoendócrinas).

A cirurgia é uma ameaça potencial ou real para a integridade corporal de uma pessoa e pode interferir com a gratificação necessária durante qualquer fase da cirurgia.

2.3. Capacitação

Ideia de difícil definição pelas componentes psicológicas e políticas que engloba, embora, com relativa facilidade de intuição.

A palavra é usada pelos psicólogos, técnicos sociais, sociólogos e cientistas políticos, assim como pelos teólogos.

Sugere um sentido de controle sobre a vida de cada um, através da personalidade, cognição e motivação.

É também expresso ao nível dos sentimentos, das ideias sobre o valor próprio, de ser capaz de fazer a diferença no mundo que nos rodeia, mesmo a nível de algo mais próximo, o espiritual.

É uma capacidade que qualquer um possui necessitando ser libertada.

Existem pelo menos dois requisitos de uma ideologia de capacitação. Por um lado, exige que se atenda a diversos contextos locais, onde as pessoas já estão a lidar com os seus problemas de vida, tendo como finalidade o aprender mais sobre o modo como o fazem. Por outro lado, exige que se encontrem maneiras, de pegar naquilo que se aprende, de o aumentar, em vez de o menosprezar, disponibilizando esse saber para outros, que estão naquele momento a lidar com os seus problemas, ou que saiam das soluções tradicionais, e ganhem controle sobre as suas vidas.

Assim, a capacitação, assumirá formas diferentes, dependendo do tipo de problemas de vida que as pessoas se confrontam, mas também dentro de cada contexto onde surge. A diversidade de forma, em vez de homogeneidade deve dominar, se o processo que está presente é de capacitação.

O “*empowerment*” psicológico inclui crenças acerca da competência e eficácia de cada um, assim como o envolvimento de cada indivíduo em actividades que permitam exercitar o controle no ambiente social e político.

A eficácia, vista de uma auto perspectiva e de uma perspectiva política, auto-competência apercebida, locus de controle e auto-estima parecem estar logicamente relacionadas com a construção do empowerment psicológico.

O indivíduo com capacitação é também visto como alguém que pode criticamente analisar o ambiente social e político. Isto capacita a pessoa para fazer escolhas de modo a provocar o conflito e a mudança.

Para Schulz, et al (1995, p.18), o conceito de *empowerment* traduz na sua essência, “o conjunto de mecanismos de compreensão e influências sobre forças pessoais, sociais, económicas e políticas com impactos diversos nas situações de vida do indivíduo, grupo ou comunidade”. Esta definição geral compreende o nível individual, organizacional e comunitário de análise e prática.

De acordo com Ouschan, Sweeney, & Johnson, (2000), este construto é multidimensional e complexo, as suas dimensões não são ainda totalmente objectivas. Estes autores também referem que “o processo de *empowrment* implica a ajudar o doente a desenvolver um sentido de controlo através da educação, encorajando-o a participar activamente na sua saúde individual”.

Seguindo a mesma linha, estes autores propuseram três dimensões de análise:

- Controlo percebido pelos doentes sobre a doença;
- Participação nos processos de tomada de decisão sobre a sua doença;
- Percepção dos conhecimentos que o doente tem sobre o seu caso específico.

Sublinham ainda que o *empowerment* dos doentes é indicado não só através das suas atitudes (controlo percebido) e comportamentos (participação), é também assinalado pelas acções desenvolvidas por outros (educação e apoio).

O modelo de Anderson, et al. (1991, 1995,1997), demonstra qual o papel de doentes e “educadores”, para que seja efectivo o *empowerment* dos primeiros.

2. 4. Estilo de Vida

Um estilo de vida pode ser definido como um conjunto mais ou menos integrado de práticas que um indivíduo adopta dentro da comunidade. Giddens (1994, p.73) considera, que essas mesmas práticas, não só satisfazem necessidades utilitárias, mas dão forma material a uma narrativa particular de auto-identidade. 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) refere que os estilos de vida são cada vez mais influenciados pelas políticas de actuação 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 acções promocionais em favor de produtos que podem ser nocivos.

Citando, Matos, Simões, Carvalhosa Reis & Canha, (2000, p.57), “ *É um modo de vida baseado em padrões identificáveis de comportamentos determinados pela interacção entre as características pessoais do indivíduo, as interacções sociais e as condições de vida socioeconómicas e envolvimentoais.*”

Os estilos de vida são condicionados pela nutrição, habitação, a pobreza e os baixos salários. Porém, outros factores, segundo a OMS (1985), resultantes de um desenvolvimento urbano e industrial rápido, podem actuar desfavoravelmente sobre a saúde, através de um desenraizamento de um grande número de indivíduos, da destruição de esquemas culturais e das redes de ligação sociais. Também o impacto negativo do desemprego, a falta de conhecimentos necessários podem operar na escolha dos estilos de vida. Assim sugere uma série de estratégias de orientação aos **estilos de vida saudáveis** nomeadamente:

- Tornar o ambiente físico, social, cultural e económico, propício a um estilo de vida saudável;
- Reforçar a capacidade fundamental do indivíduo em operar escolhas e enfrentar situações difíceis sem recorrer a comportamentos nocivos à saúde;
- Melhorar os conhecimentos pessoais sobre o estilo de vida e os problemas de saúde;
- Reforçar o sistema de apoio social (famílias, grupos de ajuda mútua, etc.) de forma a ajudar o indivíduo e os grupos vulneráveis a enfrentar os problemas de vida;
- Conceber programas, especialmente elaborados para combater certos aspectos do comportamento, que afectam a saúde.

Atendendo ao que está preconizado, a auto-responsabilização e o auto-cuidado são enfatizados como factores 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 stress, proporcionam uma boa qualidade de vida ao indivíduo / família / comunidade.

CAPÍTULO III

ENVELHECIMENTO, RELIGIÃO E A SAÚDE

E

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

3.1. Envelhecimento E Saúde

À medida que a idade avança os indivíduos tendem a uma involução funcional, física e mental, aumentando a sua dependência, quer familiar, quer dos serviços da comunidade, criando algumas dificuldades sociais e problemas complexos de carácter assistencial. Em consequência da diminuição da natalidade e do aumento da esperança de vida ao nascer, a proporção de pessoas com mais de 65 anos está a aumentar cada vez mais na população. Na sequência do envelhecimento, impõe-se uma atenção redobrada por parte dos serviços de saúde, especialmente ao nível da vigilância e da promoção da saúde, tendo em vista a evitar ou a retardar as incapacidades.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística de 2005, o índice de envelhecimento da população portuguesa referente a 2004 é de 108,7%.

O envelhecimento tem vindo assumir uma importância crescente, não só devido ao aspecto demográfico mas também a uma ampla consciência colectiva.

A sociedade portuguesa tem envelhecido, as estruturas populacionais alteraram-se e as formas e os padrões de interacção social também se modificaram. Emergiu uma população mais numerosa e com novas aspirações e exigências ao nível de melhorar a qualidade de vida.

Estas alterações e a consequente modernização e industrialização das estruturas económicas têm acarretado um conjunto de alterações familiares relativamente à sua estrutura e organização, bem como modificações nas relações e solidariedades familiares.

O envelhecimento é um fenómeno de cariz social, sendo considerado um dos desafios mais importantes do séc. XXI. Conduz a um elevado número de questões importantes a serem abordadas e reflectidas: idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade inter - geracional e a sustentabilidade dos sistemas de saúde e de segurança social, Mauritti (2004).

O envelhecimento faz parte da lei universal onde se inscreve o ciclo biológico de nascimento, crescimento e morte.

Foi convencionado que o termo idoso seria aplicado a nível institucional e estatal, no ocidente, aos maiores de 65 anos, sendo que nos países orientais (ex.: China ou Índia) a idade de referência para o idoso são os 60 anos, dado que a esperança média de vida é menor.

A “Velhice” como sendo o último período de evolução natural de vida, envolve modificações significativas nos diferentes níveis, quer biológico, fisiológico, psicológico, social, económico e político, que compõem o quotidiano das pessoas que vivem nesta fase.

O envelhecimento pode ser visto em duas perspectivas, a **individual**: assenta na maior longevidade dos indivíduos, no aumento da esperança de vida. A este conceito está relacionado o envelhecimento **biológico** que a comunidade define “(...) *como a alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, verificando-se, conseqüentemente, um aumento gradual de determinadas doenças crónicas - degenerativas que podem precipitar a incapacidade ou o fim de vida.*” (Imaginário:2004, p.13)

Neste contexto poderá ser verificado ainda, alterações de carácter psicológico, dado que grande número estão sujeitas a determinantes externos que podem desencadear perturbações quer ao nível mental quer ao nível comportamental.

Envelhecimento é diferente de velhice, dado que se o envelhecimento começa assim que somos gerados, a velhice ou os seus sinais e sintomas físicos e mentais só se manifestam de forma clara a partir de determinada idade. (Jacob, 2001)

3.1.1. Envelhecimento Demográfico

O Envelhecimento Demográfico despertou o interesse de numerosos investigadores de todas as áreas científicas na procura de uma caracterização deste fenómeno na tentativa de encontrar soluções e de prever a evolução futura (Magalhães, 2005).

Os factores desta tendência encontram-se associados aos progressos humanos atingidos no século XX: redução da mortalidade infantil e da diminuição do número de crianças; melhor nutrição, educação, cuidados de saúde, acesso ao planeamento familiar e uma esperança de vida mais elevada.

O presente fenómeno emergiu nas sociedades mais desenvolvidas. Os países onde se verifica são Japão, o Canadá, a Espanha e os países nórdicos (Suécia, Noruega, Dinamarca e Islândia). O mesmo também é manifestado nos países com menos desenvolvimento, que também tem vindo a demonstrar um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade (Hortelão, 2003).

Denota-se que no início da década de noventa, o fenómeno de envelhecimento demográfico ainda não era universal, assumindo uma maior evidência nas regiões mais desenvolvidas.

Para os demografos existem dois tipos de envelhecimento: na base e no topo. O primeiro acontece quando a percentagem de jovens começa a reduzir, e por conseguinte a base da pirâmide de idades ficam substancialmente reduzidas. Quanto ao envelhecimento no topo, este efectua-se quando a percentagem de idosos aumenta, fomentando um alargamento na parte superior da pirâmide de idades. Estes dois tipos de envelhecimento encontram-se intimamente ligados. Durante muito tempo se defendeu que a explosão da terceira idade, tinha como consequência o aumento da esperança de vida.

Actualmente o factor responsável é a redução substancial da taxa de natalidade.

Ainda outros aspectos ligados a essa explosão, embora com uma participação mais reduzida comparativamente à taxa de natalidade, são os processos migratórios, sendo o homem possuidor de grande mobilidade, verificando-se que os países que recebem “migração” têm a possibilidade de aumentar a sua população activa, reduzido por seu turno, a percentagem da população idosa.

Em termos de projecções para os próximos vinte anos, prevê-se um aumento significativo do número de pessoas com 60 e mais anos nas várias regiões do mundo (Hortelão, 2003). Prevê-se neste período de referência que a população mundial com 60 e mais anos passe dos actuais 600 milhões para os 1000 milhões em 2020. Este aumento será mais marcado nos países menos desenvolvidos do que nos países ricos.

Segundo o INE (2002), a população total residente em Portugal assume um valor de 10.335.559 indivíduos no final de 2001, mais 72.682 pessoas em 2000. A taxa de natalidade baixou passando de 11,7% em 2000 para 10,9% em 2001. O índice aumentou de 102 idosos por cada 100 jovens em 2000 para 104 em 2001.

O crescimento populacional nas idades mais avançadas é decorrente das várias conquistas no âmbito da tecnologia e da medicina moderna, que têm meios possíveis de diagnosticar, prevenir e curar muitas doenças fatais. Aliado a este factor temos, a redução da taxa de natalidade e a queda da mortalidade infantil, que provoca que a proporção dos adultos aumente.

Um outro factor importante é o aumento progressivo da longevidade, derivado consequentemente ao acréscimo das condições de vida, que se produziram nas últimas décadas do séc. XX.

3.1.2. Envelhecimento Demográfico em Portugal

O envelhecimento das sociedades é um dado incontestável e Portugal não foge à regra. Embora esteja entre os Países mais jovens da U.E (em 1996 o índice de envelhecimento era de 86 idosos para cada 100 jovens enquanto na U.E. era de 91 idosos para cada 100 jovens), estima-se que o envelhecimento da população portuguesa sofrerá um aumento progressivo. As projecções apontam para que entre 2010 e 2015 o número de pessoas idosas ultrapasse o número de jovens.

Embora a população neste último século praticamente duplicou com vários períodos de grande evolução a partir da década de 70, derivado ao regresso dos residentes das ex - colónias e à diminuição da emigração. A partir da década de 80 à década de 90, a população parece ter estabilizado. Na última década verificou-se um aumento devido à emigração.

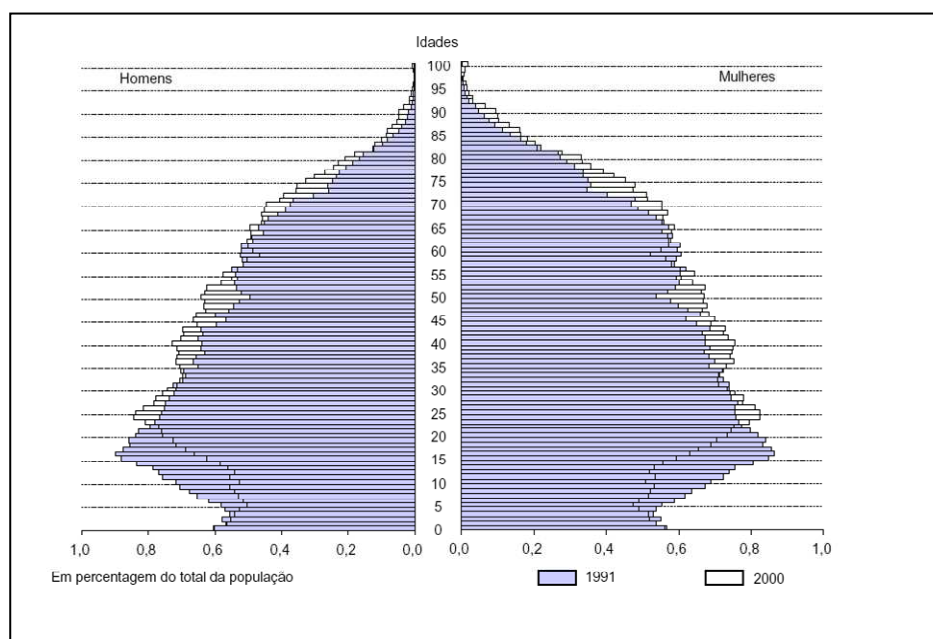


Gráfico nº 1. Pirâmide de Idades - Portuga1. (1991) - Fonte: INE (2002)

Grupos Etários (Anos)	0-14	15-64	>ou= 65
1960	29,14	62,87	7,97
1970	28,47	61,86	9,67
1981	25,51	63,04	11,45
1991	19,99	66,40	13,61
2001	16,0	67,6	16,4

Quadro nº 4. Estrutura Estaria da População Portuguesa (%) – Evolução 1960-2001.

Fonte: Adapt. INE. *Análise Social em Portugal, 1960 – 1999* –

<http://WWW.is.ulpt/bdados/sitsoc/0135.htm> cit. in (Cristina, 2004) - **O Idoso Dependente em Contexto Familiar,(p. 30).**

Com base na análise do quadro 4, verifica-se assim um envelhecimento duplo as percentagens dos jovens passam de 29% para 16% e dos idosos passam de 8% para 16%.

Ao longo das quatro décadas a população idosa duplicou no espaço português, embora actualmente o número da população jovem ainda é superior ao da idosa, sendo esta proximidade cada vez mais visível (Imaginário, 2004)

As projecções demográficas do serviço de Estatística das comunidades Europeias (Eurostat) para o ano 2010 que revelam que o ISF será de 1,66, uma esperança de vida de 72,9 para os homens e 79,9 para as mulheres, com um saldo migratório positivo de 25%, apontando também o ano de 2010 em que teremos números idênticos aos idosos e jovens, adquirindo a população com menos de 15 anos uma percentagem de 16,3%, e com mais anos 17,1%.

3.1.3. Envelhecimento, Reforma e Velhice

O fenómeno do envelhecimento não tem apenas uma dimensão quantitativa. Ele comporta várias dimensões ligadas à qualidade da vida, não só no que respeita às condições económicas ou de saúde, mas também, e principalmente, no que respeita às relações sociais e às condições de sociabilidade. Estes factores têm influência nas formas da própria organização social.

As desigualdades sociais e os diferentes percursos de vida, levam aos mais diferenciados e heterogéneos processos de envelhecimento. O conceito de velhice é uma pura abstracção, isto é, as

velhices são tão diferentes quanto os indivíduos. Espelham, de forma quantas vezes cruel, as injustiças que, pela vida fora, as pessoas foram sofrendo e transportando.

A velhice deveria ser encarada como mais uma etapa da vida que pode e deve ser significativa. Há idosos que reagem assim e alcançam um forte equilíbrio e estabilidade.

É este então o primeiro impacto do envelhecimento para o indivíduo: a perda dos seus papéis sociais e o vazio experimentado por não encontrar novas funções.

A sociedade conforme tem vindo a desenvolver-se tende, cada vez mais a esquecer que as pessoas idosas devem ser consideradas membros desta mesma sociedade. Hoje os idosos apesar de serem em maior número não ocupam o mesmo lugar na sociedade. O idoso já não é como uma “ponte” entre gerações em que, ao envelhecer se tornava mais importante. Na medida em que ele era o transmissor de conhecimentos adquiridos para as gerações mais novas. Assim as diferentes gerações vão-se distanciando, a falta de diálogo agrava-se, os contactos sociais transformam-se em rituais.

A solidariedade entre gerações é posta em causa porque os idosos são vistos na sociedade como os que não produzem, mas consomem, não descontam, mas recebem, não contribuem para o progresso, mas podem dificultar a mudança social.

O modelo de desenvolvimento em vigência favorece os problemas sociais e conduz ao seu agravamento, aumentando o número dos excluídos do “Ter, Ser, Fazer e Participar” actualmente em tudo no que diz respeito ao seu desenvolvimento integral.

A questão que hoje se coloca relativamente à qualidade de vida deste grupo etário prende-se com várias dimensões. Os problemas que afectam os idosos passam muito pela falta de participação social, habitação degradada, insuficientes recursos económicos, problemas de saúde, apoio e acolhimento entre outros.

A sociedade vai já reconhecendo que toda a idade adulta e, concretamente, a mais avançada e não apenas a considerada activa, constitui um recurso social, embora esta dimensão tenha vindo a ser menosprezada e desaproveitada. As faixas etárias mais avançadas têm sido olhadas até agora como geradoras de encargos sociais.

A reforma marca a entrada oficial na velhice. Na sociedade actual, trabalho e velhice consideram-se realidades opostas, ou então dificilmente compatíveis. A velhice caracteriza-se por um período de vida marcado pela ausência de trabalho. Este facto reflecte-se na utilização de diversos termos aplicados à pessoa idosa: classe passiva, pensionistas etc., reforçando assim, a relação

velhice/cessação do trabalho na mentalidade popular. Esta é vista por aquele que a espera numa atitude ambivalente, sente-se inseguro, já que a actividade laboral é uma forma importante de integração social.

Ao atingir a reforma o indivíduo sente-se posto à parte de uma organização em que este tinha uma função e era muito útil. Muitas vezes o indivíduo sofre alterações, tanto a nível psicológico como físico.

Verifica-se que a mortalidade é mais elevada no ano após a reforma. O indivíduo entra muitas vezes em depressões nervosas que são causa de sentimentos de rejeição.

A chegada da reforma implica de certa forma a perda de relações sociais e a diminuição do estado social anterior. Assim, o envelhecimento é associado a uma diminuição de comunicação que se traduz no isolamento e solidão, sendo este um dos aspectos mais relevantes do envelhecimento.

Envelhecer significa a chegada de certos acontecimentos que reforçam este fenómeno; progressiva perda do poder de decisão, associada a perda do poder económico da pessoa idosa; progressivo esvaziamento dos papéis sociais; enfraquecimento dos laços sociais; morte do cônjuge e progressivo desaparecimento de contemporâneos.

O fenómeno do isolamento nos idosos é mais notório no sexo feminino devido à sobre mortalidade masculina, da diferença de idades entre cônjuges, e da proporção de celibatárias. No entanto, parece haver uma maior capacidade de adaptação das mulheres à sua condição de idosas e de viúvas através da importância de novos papéis sociais, por oposição aos homens que revelam frequentemente inadaptação face aos novos contextos sociais. A situação económica também é favorecedora de uma menor participação sociocultural, uma vez que uma pensão baixa não permite por vezes ao idoso o acesso a determinadas actividades. O facto dos baixos recursos económicos não permitirem por vezes, a satisfação das necessidades básicas, vai repercutir-se na marginalização e na ausência de participação social desta população.

Relativamente à situação habitacional, os idosos são um grupo particularmente afectado. Devido ao baixo nível das pensões, não tem, muitas vezes, acesso a uma habitação digna, na medida em que as rendas são muito elevadas. Por outro lado, as habitações que ocupam muitas vezes não preenchem os requisitos necessários para satisfazer as suas necessidades.

As condições habitacionais estão intimamente ligadas ao isolamento. Este é mais acentuado na área urbana, onde a solidariedade entre vizinhos e amigos, e o contributo familiar decresce cada vez mais, já que o modo de vida da família de hoje não permite o acolhimento do idoso no seu seio. A disponibilidade dos diferentes elementos da família é cada vez menor, devida em grande parte às

actividades laborais. Apesar desta realidade, a família é ainda a instituição prestadora de cuidados ao idoso.

O facto do nível médio das pensões não atingir o valor do salário mínimo nacional, reflecte-se ao nível da saúde, onde existe uma limitação no acesso a serviços particulares (muitas vezes os serviços de saúde não dão resposta imediata aos problemas sentidos pelas pessoas idosas). Nem sempre o montante da reforma é suficiente para cobrir as despesas com medicamentos.

Os desafios face ao envelhecimento não podem ser encarados apenas numa perspectiva negativista. Devido ao progresso da ciência e da qualidade de vida, actualmente os idosos são paradoxalmente cada vez mais jovens, isto é, mantêm-se activos por um maior período, têm uma melhor formação e encontram-se de certa forma menos dependentes.

Se por um lado a reforma corresponde à aceitação / atribuição de um direito que se conquistou ao longo dos anos de trabalho, um reconhecimento social de esforço e da participação social, constituindo um reforço da identidade, como agente social, activo, por outro, a posição de reformado, constitui a inversão da justificação desse direito. O indivíduo reformado, com o afastamento do sector produtivo, deixa de ter uma participação activa na vida económica da sociedade, tornando-se dependente desta.

Relativamente aos efeitos psicológicos da “entrada” na reforma, Fonseca (2000), refere que esta não é encarada do mesmo modo por todas as pessoas. Com mais ou menos ansiedade, com mais ou menos alegria, com um maior ou menor sentimento de dever cumprido, a passagem à reforma é responsável por imensas mudanças psicológicas e sociais no indivíduo. Está muitas vezes associada à solidão, debilidade física e à pobreza, a reforma pode também dar um novo sentido à vida. Acrescenta ainda que depende de como as pessoas se preparam, ou não, para a enfrentar.

Para a mulher o trabalho tem assumido na sociedade um papel cada vez mais marcante, a alteração de estatuto social, (em que a mulher tinha como funções cuidar da habitação e educar os filhos). Cada vez mais a mulher deixa a casa para trabalhar, revelando na vida profissional uma componente essencial para a sua realização pessoal, e na melhoria da sua qualidade de vida.

A saída da vida profissional, para o sexo feminino, não apresenta alterações psicológicas tão significativas como acontece com o homem. Este fenómeno tem a sua provável explicação no facto da mulher nunca ter abandonado, totalmente, os cuidados com a habitação, procurando nas tarefas domésticas a sua compensação, contrariamente ao homem, como já foi referido, que não se

apresenta motivado para a vida doméstica. O corte com a vida profissional, com os contactos sociais, tem inevitáveis repercussões a nível psicológico, sendo propício a ocorrência de situações de depressão.

Quanto às relações familiares, estas encontram-se em permanente mutação. Perante uma nova ideologia de trabalho, o homem, uma vez reduzido a simples instrumento de execução, começa a funcionar como um mero mecanismo, que a qualquer momento pode subsistir. O quotidiano começa cada vez mais a ser provido de uma imensidão de necessidades, e da busca da sua satisfação.

Neste contexto é notório uma evolução que apologia o individualismo. As relações familiares são cada vez mais arriscadas e perigosas, devido à sua instabilidade e “abertura”. As relações de parentesco constituem um dos quadros sociais mais profundamente descontextualizados da actualidade.

Perante estas transformações das relações familiares e laços de vizinhança o idoso sente-se desintegrado, e a própria família, sente o idoso como obstáculo à busca do prazer individual da família.

A família surge como base da estrutura social. Esta assume peculiar papel em duas etapas da vida humana: na infância e adolescência, em que assume um papel de cariz educativo; e na velhice, em que o seu papel é mais assistencialista (no sentido de prestar algum suporte ao idoso, procurando manter o seu equilíbrio, afectivo e físico).

Na Promoção de Autonomia na Velhice é necessário quebrar os preconceitos de associação à dependência, perda de controlo sobre a própria vida.

Na maioria das sociedades o envelhecimento é encarado como um processo de declínio, degenerativo, em que deixa de existir um potencial desenvolvimento humano. No entanto, por vezes, é esquecido que existem situações de dependência em qualquer etapa do desenvolvimento humano e não somente na velhice.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, OMS (1993) o conceito de saúde é definido como “*estado de completo bem-estar físico, psíquico ou social e não meramente ausência de doença ou enfermidade.*” O que nos leva a deduzir que um indivíduo pode sentir-se saudável, realizar as suas actividades de vida diária e ser portador de uma doença, logo o estado de bem-estar é relativo. Se a saúde fosse sinónimo de ausência de doenças, nenhum idoso seria saudável, pois, é do

conhecimento geral que com o envelhecimento surgem perdas, doenças crónicas, o organismo humano vai perdendo capacidades.

No entanto, por vezes, alguns incidentes críticos como algumas doenças ou acidentes, podem tornar o indivíduo incapaz de realizar as suas actividades de vida diárias, colocando-os num limiar de dependência e incapacidade. O envelhecimento sem incapacidades é fundamental para a manutenção de uma boa qualidade de vida.

Procura-se, cada vez mais, criar condições para promover a autonomia da pessoa idosa, através da prestação de apoio familiar, promovendo o relacionamento familiar e promovendo algumas actividades de carácter voluntário, afectivo e de solidariedade, visando, a todo o custo, o retardar da institucionalização da pessoa idosa.

A autonomia, é definida como a capacidade de se auto governar, liberdade de agir, independência moral ou intelectual, sendo fulcral a sua promoção a nível da saúde e da qualidade de vida.

O bem-estar psíquico surge também como elemento fundamental para a promoção de autonomia e não raras vezes é esquecido pelos profissionais ou não lhe é atribuído o seu devido valor.

A demência, a depressão, podem causar distúrbios a níveis psíquicos, do comportamento e o bem-estar da pessoa idosa.

A velhice saudável está associada a uma vida independente, não somente a nível físico, mas para a pessoa idosa o facto de não depender de ninguém é fundamental para garantir o seu bem-estar. Sempre existem pequenas dependências que por vezes não são consideradas, como por exemplo, o facto do homem estar dependente da mulher para a realização das tarefas domésticas, e a mulher por sua vez depender economicamente do homem para sobreviver. No entanto, é de salientar que estas “relações de dependência” tendem a diminuir na sociedade actual.

Todos procuram aumentar e melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar. Para atingir este objectivo, é necessário o trabalho em equipa pluridisciplinar como estratégia de intervenção, procurando a prevenção de doenças como forma de implementar a promoção e protecção da saúde.

Para garantir uma vida mais saudável reveste-se de fundamental importância intervir a todos os níveis do indivíduo (biológico, psicológico, social e cultural), procurando diagnosticar, tratar, curar e prevenir sequelas ou complicações, reabilitar e reintegrar, alterar os estilos de vida e adoptar estratégias para a mudança de hábitos.

Promover políticas sociais que facilitem o acesso aos serviços de saúde, promover o aleitamento materno, combater a subnutrição, criar condições para uma boa educação sanitária, promover medidas de prevenção de acidentes (de trânsito, domésticos, de trabalho...), eliminar barreiras arquitectónicas, implementar saneamento básico, implementar políticas a nível da saúde, educação, trabalho, economia e segurança social.

A partir de 1978, foram criadas algumas respostas sociais face ao envelhecimento, até aí, existindo quase exclusivamente os “Asilos”.

Presentemente, existem os centros de dia, os centros de convívio, o apoio domiciliário, lares de terceira idade, acolhimentos familiares, concomitantemente com as famílias, a rede de vizinhança e grupos de voluntários.

Trabalhar com este modelo de intervenção pressupõe o reconhecimento das suas capacidades e competências, a definição do papel de cada interveniente e níveis de responsabilidade, e o enquadramento e definição dos diversos apoios.

Este tipo de intervenção contribuirá, obviamente para fomentar a solidariedade, dinamizar as relações familiares e de vizinhança. É aqui que se instala a importância de um trabalho em rede, nem sempre conseguido com êxito, pois falta aprofundar a chamada “cultura de parceria”, o conhecimento de como funciona este tipo de trabalho, as suas potencialidades e vantagens como por exemplo, contribuir para uma maior operacionalidade; melhor rentabilidade de recursos; complementaridade de saberes e experiências; potenciação de recursos; multiplicação e diversificação de acções e partilha de responsabilidades.

Diversos investigadores, referem sentir cada vez mais a necessidade de se desenvolverem modelos de atenção à saúde que fujam das práticas tradicionais. Defendem que, uma maneira possível de tentar reduzir os problemas de solidão dos idosos em idades mais avançadas, são os centros de convívio. Aí, podem melhorar os seus contactos sociais e desenvolver novas capacidades, não descurando da supervisão de profissionais qualificados.

Para os idosos com autonomia e independência, pode-se pensar em introduzir o bem sucedido projecto francês “*Lés Universités du Troisième Âge*” (Universidades da terceira Idade), apesar de o mesmo se restringir apenas ao campo do ensino. O seu principal objectivo é desenvolver iniciativas culturais e intelectuais, incentivando o estudante mais idoso a participar no ensino. O currículo deve ser bastante amplo e incluir tanto as habilidades práticas e actividades de lazer, como projectos

académicos e de pesquisa. Além disso estes centros são locais especialmente adequados para trabalhos preventivos com os idosos. Uma das funções assumidas na proposta das Universidades Abertas para a Terceira Idade, tem o mérito de ser um campo onde o idoso, ao fazer as suas actividades, pode ser observado pelos colegas e técnicos da equipa, permitindo a detecção e atendimento a eventuais problemas de saúde.

Na velhice, a manutenção da autonomia está intimamente ligada à qualidade de vida. Portanto, uma forma de se procurar quantificar a qualidade de vida de um indivíduo, é através do grau de autonomia que o mesmo desempenha as funções do dia-a-dia, facto que o torna independente dentro do seu contexto sócio-económico-cultural.

3.2. A Religião E A Saúde

Numa época em que cada vez mais se fala na secularização, é importante compreender que manifestações e que impacto tem a religião em acontecimentos de vida como a doença, a morte e o luto.

Existe um grande número de investigações concentrado, na religião e nalguns resultados relacionados com a saúde. Têm sido identificadas as relações positivas entre a religião e uma vasta variedade de resultados em doença e em saúde. Koenig et al, (2001), citado por Wright .(2005), demonstraram claramente os benefícios das práticas religiosas para a saúde, confirmando a importância dos profissionais de saúde incorporarem nas suas práticas, ou pelo menos o respeito por este estilo de vida.

Por outro lado, e relativamente à comparação entre religiões, um estudo intercultural realizado na Índia por Parsuram & Gandhi (1994, citado por Carvalho, 2007) demonstrou que os muçulmanos são os que atestam uma ansiedade mais baixa perante a morte, contrariamente aos cristãos, que apresentam os valores mais elevados.

Para que se possa verdadeiramente prestar cuidados a alguém, o profissional tem de estar consciente dos princípios religiosos e formação cultural particulares de cada utente. Só assim se pode atender a pessoa no seu todo e para uma prática eficaz só com este conhecimento, o profissional deverá ser capaz de prestar cuidados individuais compassivos que vão ao encontro das eventuais preocupações do utente no que se refere a “*filiações culturais, étnicas ou religiosas*”, Bolander (1994), citado por

Lourenço, (2004), e desta forma poder cumprir o artigo 2º da carta dos direitos e dos deveres dos doentes.

Para um correcto atendimento, o profissional não deve tomar como base as suas convicções para assistir o doente na sua necessidade religiosa ou alegar à premissa da nacionalidade ou da tradição cultural do doente a sua religiosidade, pois as pessoas são livres de ter as suas opções, que devem ser respeitadas.

Existem inúmeras definições de religião. De acordo com Barros (2000), citado por Carvalho, (2007, p.12), a religião é uma das dimensões mais importantes da vida humana, na medida em que: *“ela influencia o sentido da vida e da morte, o modo como se encara o mundo e os homens, as alegrias e o sofrimento, o modo como se vive a vida familiar (atitude frente ao divórcio, ao aborto, ao numero de filhos, entre outros), a maneira como se interpreta e vive a sexualidade, a tolerância ou o racismo, a política, a profissão.”*

Segundo Parkes, Laungani & Young (2003, p. 34), *“ a religião é o reconhecimento por parte do homem da existência de um ser superior e invisível, que possui controle sobre o destino, ao qual deve obediência, reverência e veneração.”*

Para Durkheim (2000), citado por Carvalho (2007), as religiões estruturam-se sobre grandes ideias e atitudes, rituais que as caracterizam, nomeadamente, a distinção entre o sagrado e o profano, a noção de alma, de espírito, de personalidade mítica, de divindade e ritos de expiação.

Quanto à crença religiosa que parece indissociável de qualquer religião, (Eliade 1996), citado por Carvalho (2000), define-a como um conjunto de significações válidas, que não são susceptíveis de descrição concisa, no entanto organizam os ritos e as práticas religiosas.

As crenças e as práticas religiosas podem ser uma fonte de grande conforto para as pessoas que sofrem de uma doença grave. Todavia, podem também ser uma agravante para o sofrimento, caso a pessoa acredite que a sua doença é um resultado de não ter vivido em congruência com as suas crenças religiosas ou por não acreditar que as suas acções e comportamentos passados são dignos de perdão ou podem ser perdoados.

A religião e a sua heterogeneidade incutem em cada indivíduo um estilo próprio e comportamentos religiosos diversos. A experiência religiosa é sempre algo individual, uma vez que, perante a mesma crença, estão subjacentes comportamentos distintos entre os indivíduos. Também não existem

emoções ou expressões emocionais universais perante a morte. Mesmo no interior de culturas onde existe grande acordo quanto à padronização da expressão emocional do luto, alguns indivíduos irão seguir um modelo diferente.

Fazer opção por determinado credo e defender determinadas crenças e práticas, deverá cruzar com uma liberdade absoluta. Essa liberdade deve incluir também a liberdade de não crença, da expressão de ateísmo, agnosticismo ou da simples indiferença frente aos valores religiosos.

Da mesma forma que toda a humanidade se assume historicamente, etnicamente e linguisticamente, o mesmo acontece na religião. Esta imensa diversidade persiste entre ateus e religiosos, entre formas distintas de religião (cristãos e budistas), entre ramos religiosos com pontos em comum (judeus e muçulmanos), entre expressões internas de uma mesma religião, e entre expressões geográfico-históricas da mesma fé.

No ateísmo existe a descrença em qualquer Deus, deuses ou entidades divinas. Em termos gerais, o ateu é visto como alguém que aspira à objectividade e que recusa qualquer dogma. De acordo com Barros (2000, citado por Carvalho 2007), o ateísmo trata de uma opção contra a atitude religiosa. (Vergote 1996, citado por Carvalho, 2007), enumerou os processos psicológicos mais presentes no ateísmo, nomeadamente, a defesa contra o divino, na medida em que desde os tempos mais antigos, o divino e o sagrado eram tidos como ameaças; a valorização da razão, uma vez que Deus se opõe à razão que não admite mistérios nem verdades eternas; o mito do filho rebelde, isto é, o homem como um ser por natureza revoltado, e a legitimação do prazer (sexual ou outro) por culpa de toda a contestação da religião.

Atendendo à multiculturalidade presente no nosso país é importante que os profissionais dentro das organizações reflectam e cuidem numa perspectiva pluricultural, atendendo e reflectindo nas especificidades referentes a cada religião: Cristianismo, Judaísmo, Islamismo, Hinduísmo, Budismo, etc.

3.2.1. Religião e Espiritualidade

A religião e espiritualidade afiguram-se como dois conceitos distintos, embora de forma comum confundidos.

Segundo Lukoff (1992), citado por Carvalho (2007), a religiosidade define-se como a adesão a crenças e práticas relativas a uma instituição religiosa organizada. Já a espiritualidade, refere-se à pessoa que acredita, valoriza ou tem devoção por algum poder considerado superior, contudo não possui necessariamente crenças religiosas por devoção por qualquer religião.

Para Lourenço (2004), é certo que não há religiosos sem espiritual, mas para muitos autores, pode haver espiritual sem religiosos, pelo menos no sentido de uma estrutura formal das religiões ou seitas concretas. Podem ser encontradas pessoas com a sua necessidade espiritual satisfeita sem praticar qualquer ritual religioso. Da mesma forma, há indivíduos em que a prática da religião permite a satisfação da necessidade espiritual, assim como o respeito e prática dos respectivos rituais e/ou do culto, próprios da crença religiosa aceite por si. Não sendo respeitada ou se for rejeitada pelo profissional, vai originar a não satisfação da necessidade espiritual, podendo provocar uma crise espiritual e um desequilíbrio. Com o apoio ou não da religião, o fundamental é não esquecer que o indivíduo tem o seu lado espiritual e a necessidade de se ligar ao transcendente, que o ajuda nos momentos de sofrimento, como são os da doença. O cuidado espiritual deve assim como os outros cuidados ser valorizado pelos profissionais de saúde.

A espiritualidade é uma componente emocional e cultural presente em qualquer pessoa humana, constituindo a concepção face à vida, à relação com o mundo e o universo, influenciando o comportamento perante a doença e a morte. De acordo com Pessini citado por Twycross, (2003, p.18), ser pessoa é “ *ter um corpo, é possuir um psiquismo e um coração, é poder relacionar-se com outros e cultivar uma esperança e uma fé*”.

Ela representa tudo o que dá sentido à vida, que ajuda a viver cada dia com o máximo de esperança e felicidade possíveis e encoraja a enfrentar e a ultrapassar os contratemplos e as vicissitudes terrenas. A sua vivência e aprofundamento permitem ao homem conferir sentido ao seu sofrimento e aceitar a morte como razão última da sua existência.

Para Lourenço (2004, p. 99) a espiritualidade é “*uma força invisível essencial nas nossas vidas trazendo um sentido de continuidade e significação para a nossa existência*”.

Para Wright (2005.), todas as pessoas têm uma espiritualidade ou uma forma específica de estar no mundo, representando a totalidade do indivíduo e manifestando-se de várias formas, as quais se relacionam com as dimensões do espírito, intelecto, componente emocional e estado físico. Neste sentido, cada indivíduo tem a sua própria espiritualidade e necessidades espirituais, as quais devem ser respeitadas e valorizadas através de um atendimento individualizado.

Ao longo da vida cada indivíduo experimenta um desenvolvimento espiritual pessoal, que pode ser na dimensão vertical, de ordem religiosa, ou na dimensão horizontal, de ordem psicossocial, ou o desenvolvimento da fé. O desenvolvimento espiritual de ordem religiosa depende do sistema de crenças, valores e rituais da religião. O desenvolvimento espiritual de ordem psicossocial vai-se alterando de acordo com as relações que o indivíduo estabelece com os outros, atribuindo significado às suas experiências. O desenvolvimento espiritual pela fé depende como cada um define a fé e acredita nela.

3.3. Comunicação Em Saúde

Para Seabra Gomes, (2002), as doenças cardiovasculares constituem presentemente em Portugal, a principal causa de invalidez, morbidade, mortalidade. Devem por isso, estar na miragem presente dos órgãos responsáveis pelo sistema de saúde, dos profissionais de saúde e da população em geral.

Com a nova tecnologia e avanços na ciência médica, a doença coronária tem tendência para o aumento da esperança de vida e cronicidade, constituindo a comunicação a base do tratamento e sua adesão, tanto do doente como da família.

Assim a informação transmitida deve proporcionar ao indivíduo informação adequada, ajudando-o a tomar decisões conscientes e acertadas nos aspectos relacionados com a sua saúde, convertendo-o num elemento fundamental, para um maior êxito em todos os processos (Osswald, 1996, 2001; Nunes, 2001).

O destaque dado na literatura e investigações realizadas, à transmissão de informação ao doente, tem, à partida, três vertentes: por um lado sobressai para os doentes a importância da informação obtida dos técnicos de saúde, sobre a sua doença e procedimentos médicos a realizar, com o intuito

de interpretar o que se passa, o que se vai passar, sentindo que exercem algum controlo sobre a sua própria vida (Ribeiro, 1998; Ramos 2004).

O facto de serem informados influencia positivamente, a sua satisfação com o atendimento prestado pelos técnicos de saúde.

Por outro lado a tendência actual em matéria de prestação de cuidados, é a da implicação dos doentes na sua doença, ajudando-os a tomarem as suas decisões conscientes, com base nos esclarecimentos e recomendações efectuadas pelo seu médico, Nunes (2001).

Por último com a diminuição do tempo de internamento do doente, a reabilitação processa-se fora do hospital, sendo fundamental o ensino ao doente e família, pelos técnicos de saúde, com o objectivo de lhes restituir a autonomia o mais rapidamente possível (Wilson Barnett, 2000).

Assim a comunicação interpessoal é o pilar para a adesão e manutenção do doente ao tratamento.

Os profissionais devem ter presente na sua relação com o utente a natureza da comunicação interpessoal como pode ser observada na figura nº 2.

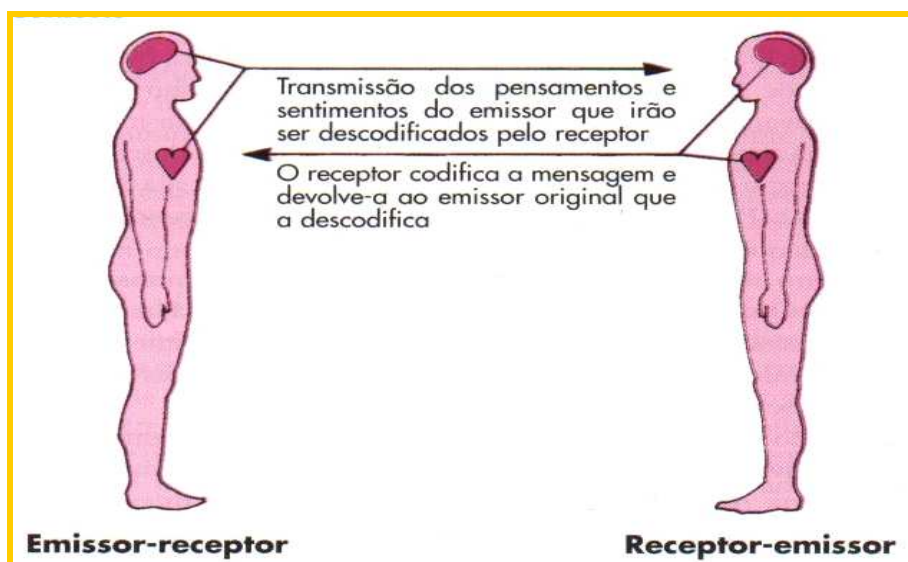


Figura nº 2: Natureza da comunicação interpessoal.

Fonte: Wilson, B. (2000, p.37)

Existem muitos factores que interferem na comunicação, funcionando estes de forma recíproca como pode ser observado na figura nº 3.

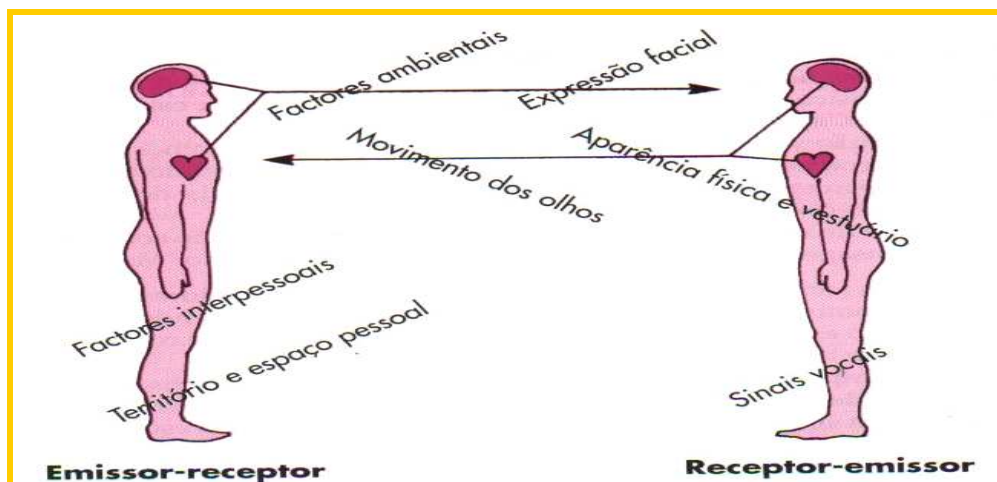


Figura nº 3: Factores que influenciam a comunicação

Fonte: Wilson, B. (2000, p.39)

Assim, pode afirmar-se que a comunicação é aquela que se refere à partilha de informação com o doente. Falar com os doentes acerca da doença constitui não só um modo de os envolver no processo de tratamento, mas também de clarificar dúvidas acerca da doença no sentido da informação/educação. A comunicação acaba por também ser um meio de desmistificação do estigma associado à doença.

É evidente que cada pessoa se apresenta como um caso individual, como uma pessoa singular e como tal deve ser abordado tendo-se sempre em conta as suas próprias características, especificidades, competências e dificuldades particulares.

Tal como as reacções emocionais variam de doente para doente, também varia o desejo de serem informados sobre a sua situação, bem como o ritmo de processamento e integração da informação são individuais. As formas como os doentes reagem são, por si só, pistas sobre a forma como querem conduzir o processo e sobre aquilo que são capazes de processar em cada momento. É preciso saber respeitar o ritmo de cada um, os silêncios, as negações e saber aceitar a raiva bem como outros mecanismos que o doente desenvolve para enfrentar o inevitável.

A comunicação é parte integrante da sociedade humana e suas culturas. A sua força reside na forma como pode ser usada para aumentar ou diminuir as barreiras entre os homens e as culturas.

Diversos autores propuseram diferentes modelos para o estudo da comunicação que se compõem por várias abordagens disciplinares. Concordando com Mucchielli e Guivarch (1998) irão contribuir para uma evolução contínua da definição de comunicação.

Os teóricos dos modelos positivistas incidem sobre os efeitos da comunicação. A comunicação é uma mensagem-acção, onde prevalece a ideia de causalidade linear, isto é, causa-efeito.

Nos modelos sistémicos existe uma ruptura epistemológica com os modelos positivistas, dão uma ideia mais alargada da comunicação. Os seus teóricos subscrevem a comunicação como uma questão de estruturação das relações entre um conjunto de actores, tendo como quadro de base a noção de sistema.

Relativamente aos modelos construtivistas, pressupõem que todos os significados trocados entre os actores de uma comunicação são fruto de um processo de construção. As diversas possibilidades nas perspectivas dos contextos nas quais esses actores participam possibilitando esta construção. A análise da comunicação centra-se sobre estes processos, utilizados para fazer aparecer o sentido partilhado ou o risco da não partilha do sentido.

A teoria sistémica e Construtivista são consideradas pelos autores como essência das ciências da comunicação.

No século XX os modelos positivistas foram utilizados como referências científicas absolutas no estudo dos fenómenos da comunicação. Em meados do século a escola de Palo Alto inicia outro tipo de análise, através da teoria dos processos de comunicação e o seu modelo situacional.

As características da comunicação humana são analisadas em 2001 por três pesquisadores desta escola: Watzlawick, Beavin e Jackson, apontados por Mucchielli (2006).

Numa interacção, todo o comportamento tem o valor de uma mensagem que influencia mutuamente os seus intervenientes, e os impossibilita de não comunicarem.

Este comportamento pode ser: consciente ou não; intencional ou não; activo ou inactivo; o silêncio ou as palavras.

Os teóricos nos **modelos positivistas** centram-se sobre os efeitos da comunicação. A comunicação é uma mensagem - acção, onde predomina a ideia da causalidade linear, ou seja, causa-efeito.

Nos **modelos sistémicos** há uma ruptura epistemológica com os modelos positivistas, dando uma observação mais abrangente da comunicação. Os seus teóricos consideram a comunicação uma questão de estruturação das relações entre um conjunto de actores, tendo como quadro de base a noção de sistema.

Em relação aos **modelos construtivistas**, estes partem do princípio que todos os significados trocados entre os actores de uma comunicação são fruto de um processo de construção.

Para uma melhor sistematização apresenta-se de seguida a tabela da definição contínua da comunicação.

MODELO	DEFINIÇÃO DE COMUNICAÇÃO	PROBLEMÁTICA PRINCIPAL
MODELOS POSITIVISTAS: O conteúdo e os seus efeitos		
Emissor/ receptor	Uma transferência de informação	As propriedades dos conteúdos
Comunicação a dois níveis	Um processo de influencia	A influência sobre as opiniões
Marketing	Uma operação a conduzir	A eficácia da operação
MODELOS SISTÉMICOS: O sistema como quadro de referência		
Sociométrico	Uma relação de afinidade	A estrutura efectiva e os lugares ocupados
Transaccional	Os rituais de trocas sobre os vários níveis	As motivações e as vantagens obtidas
Interaccionista e Sistémico	Uma participação num sistema de interacções	O sistema de trocas, o sentido das trocas no sistema, os paradoxos
Orquestra	Uma produção colectiva do sentido	A articulação dos jogos individuais
MODELOS CONSTRUTIVISTAS: A génese do sentido		
O Hipertexto	Um debate latente	O sentido do debate
Situacional	Uma construção colectiva do sentido	O processo da génese do sentido veiculado

Tabela nº 1. Definição Contínua da Comunicação - Fonte: Adaptado de Mucchielli & Guivarch (1998, p.52)

3.3.1. O Modelo de Gestão Coordenada de Significações ou do Sentido

O Modelo de Gestão Coordenada de Significações ou do sentido, no original “*Coordinated Management of Meaning*” (CMM), é um modelo de investigação e compreensão da comunicação humana que teve origem em 1980 com a publicação da obra “*Communication Action and Meaning*” da autoria de Barnett Pearce e Vernon Cronen considerado como sendo uma visão alternativa, Neto (2003).

As suas origens teóricas e metodológicas assentam no **Construcionismo Social** que encara o nosso mundo social, caracterizado como uma realidade complexa através da qual se constrói os nossos actos comunicacionais, realizado a partir da interacção entre as pessoas, das trocas de palavras, das conversas que ajudam a cimentar, a escolher e a criar as nossas relações, as nossas crenças e também o nosso conceito de indivíduo.

O processo de comunicação é um brotar de interacções entre os vários intervenientes, no contexto da comunicação, tendo por base que todos os significados trocados entre eles são o fruto de uma construção, nos quais esses intervenientes participam. Sendo assim cada qual reconhece e faz uso do seu próprio padrão cultural da sociedade em que se encontra inserido, consciente do seu próprio auto-conceito ou da sua própria identidade.

Tem como objectivo facilitar a compreensão da comunicação humana, de modo a permitir uma intervenção que produza melhores padrões de comunicação.

O CMM vem propor um modelo da comunicação humana que defende a ideia de que, à medida que desenvolvemos relações e conversas com os que nos rodeiam, construímos o nosso mundo e a realidade social em que existimos. (Pearce, 1994).

Também para o mesmo autor, muitas das coisas que fazemos nas nossas vidas são passadas em conversas. A arte de comunicar para além de ser um dom para alguns indivíduos, implica conhecimento a vários níveis.

Para Nancy Roper (1995, p.37) “...*comunicar é uma necessidade como é respirar*”.

É fundamental percebermos que o conhecimento sobre a coerência, a coordenação e o mistério que envolve as palavras é a base para um conhecimento de nós próprios e dos outros através de uma comunicação eficaz.

É uma actividade que envolve muita complexidade, que não é passível de ser objectivamente analisado, e que, diferentes pessoas, em diferentes contextos e culturas podem ser entendidas ou observadas de diversificadas formas. Cada pessoa tem a sua própria história passada, a sua própria profissão, os seus acontecimentos de vida mais marcantes, o sítio onde vive, as pessoas que conhece e a sua própria cultura. São factores determinantes que o modelo CMM tem em conta na sua interpretação.

A construção do nosso mundo social é um processo contínuo que exige uma reformulação constante, que interage com o ambiente e com outros mundos de diferentes formas surpreendentes. Cada pessoa tem a sua tomada de consciência, a sua própria captação, para desenvolver a comunicação.

Este nosso mundo social encontra-se em permanente mutação, esse dinamismo é construído através de uma atitude crítica de interrogações constantes sobre a realidade, de insatisfações sobre as respostas encontradas, da alteração de posições do observador em observado e da destruição das ideias preestabelecidas. A construção deste mundo é realizado de acordo com cada pessoa, tendo por base os seus próprios papéis, grupos, as suas próprias características, história e cultura. Esta construção tem um reverso: nós também somos construídos pelos mundos sociais existentes à nossa própria volta. Designa-se como sendo um processo de co-construção, estamos sempre em inter-relação com o exterior e quanto mais disponíveis estivermos para essa aprendizagem maior será o enriquecimento. Cada palavra que dizemos deixa de ser nossa e passa a ser dos outros, e pode ser entendida de diversas formas de acordo com os seus próprios mundos sociais.

Segundo Pearce (1994, p. 250) “*Qualquer ser humano tem uma porção do seu mundo social como seu*” ou seja, identifica-se com os acontecimentos e situações que ocorrem na sua vida e também na dos outros e integra-os no seu mundo social. São considerados actores participantes e não meros observadores passivos.

Assim, segundo Burr (1995) podemos classificar uma determinada abordagem como característica do construcionismo quando, nas suas raízes existem quatro pressupostos básicos, que passamos a citar:

1- Ter uma posição crítica acerca de todo o conhecimento tido como verdadeiro;

Para nos enquadrarmos no construcionismo social devemos adoptar os seguintes posicionamentos críticos:

a) A realidade tem várias interpretações;

- b) Cada fenómeno tem um sem número de explicações;
- c) Aquilo que todos observamos é sujeito a alguma dinâmica e mudança;
- d) Suspeitar acerca das certezas que nós próprios temos das coisas, aquilo que por vezes nos parece válido, pode não ser em outro contexto.

2- Especificidade histórica e cultural: A história e a própria cultura influenciam a nossa opinião/conhecimento. Diferentes culturas explicam a realidade de diferentes formas. Devemos ter em consideração que há possibilidade da “nossa forma de pensar não ser a melhor”, devemos respeitar as convicções de cada pessoa, todas estão certas, consoante a sua própria cultura.

3- O conhecimento é estruturado através de processos sociais:

Considera-se que a existência, maneira de ser, ideias e valores se construíram com base das relações que se tem vindo a estabelecer com a família, amigos, professores, colegas, vizinhos e que através dessa interacção com os outros no dia-a-dia se constrói o conhecimento.

4- O conhecimento e as acções sociais encontram-se relacionados entre si: Na sociedade existem diferentes “construções sociais do mundo”, cada uma destas convida a um tipo de atitude e acção do indivíduo, certa forma de ser e de pensar.

O Construcionismo Social versus Modelo de Transmissão de informação:

- 1. Valoriza mais a curiosidade do que a certeza;
- 2. Valoriza o conhecimento prático ou seja saber como devemos agir ao invés de valorizar o conhecimento adquirido como um mero espectador;
- 3. O Mundo Social é construído ao invés de descoberto.

A construção social apesar de se revelar complexa é realizada a partir da interacção entre as pessoas, das trocas de palavras, das conversas que ajudam a cimentar, a escolher e a criar as nossas relações, as nossas crenças e também o nosso próprio conceito de indivíduo.

Pearce (1994, p.52) confirma esta ideia ao dizer “*Conversations are the means by which the events and objects of our social worlds are produced; they are the process by which identities, communities, relationships, emotions, moralities, ideologies, and all of the rest that comprises the human world are fabricated*”.

A comunicação segundo este autor é algo que é vivido e participado pelos diferentes intervenientes no processo de interacção. Nunca poderá existir um entendimento total sem que todos os seus intervenientes façam parte deles e conheçam todos os seus detalhes.

Em relação ao conceito de pessoas - em - conversação, podemos dizer que:

- É o processo social mais importante da vida humana, pois cria a nossa identidade pessoal, relações e conhecimento acerca do mundo;
- Envolve a actividade de “jogar”/ “jogos da linguagem”, eventos que obedecem a umas certas regras;
- “Agir em contexto” ou seja ser activo de forma a tornar possível a ocorrência de um evento;
- Envolve “reprodução reflexiva” de acções ou seja, as nossas acções levam-nos a reflectir o que fizemos afectando a nossa maneira de ser e pensar.

Componentes básicos do CMM: O CMM pode ser utilizado como modelo de investigação e compreensão da própria comunicação humana, permitindo-nos abarcar o seu próprio sentido e navegar no seu rio. Cada pessoa é um actor que desenvolve o seu papel ao longo da vida. Esse papel não está pré determinado, ele necessita de ser construído e de ser trabalhado, tendo necessariamente como ponto de partida as situações vivenciadas, as conversas tidas e todos os episódios comunicacionais experienciados.

Para análise de momento comunicacional Pearce (1994) propõem duas configurações formais: Modelo de Serpentina e o Modelo Atómico Daisy.

Modelo Serpentina: O Modelo Gráfico Serpentina proposto por Pearce (1994), baseia-se nas interacções, situando-as no contexto em que ocorrem essas mesmas conversações. Entendem-se como sendo sequências dos actos de fala em que cada um evoca e responde ao outro, permitindo verificar o efeito que cada uma das acções tem sobre o outro interlocutor.

Modelo Atómico Ou Daisy : Pearce (1994), propõe ainda uma representação gráfica através do modelo Atómico ou Daisy que nos permite situar a reflexão numa análise diacrónica da comunicação em diferentes dimensões do contexto, podendo ser aplicado a cada uma das caixas do modelo serpentina ou ao conjunto de todas as caixas.

Neste modelo a representação das dimensões comunicacionais são sobrepostas e cada dimensão é situada na extremidade de um elipse.

Habitualmente coloca-se o acto de fala ao centro o que favorece a sua compreensão na dimensão em que adquiriu significado ou seja cultura, *Coordinated Management of Meaning*, identidade (self), relação e episódio.

Acto de fala: É uma acção mínima com significado desempenhado pela fala, as palavras são usadas como ferramentas, a “*tool-box*”, Pearce (1989), para podermos colocar em prática a nossa acção em que somos livres, para dar a estas o sentido que pretendemos.

A linguagem é tida como sendo o instrumento mais poderoso que o Homem alguma vez inventou para a criação dos mundos sociais. Segundo Wingenstein (citado por Pearce, 1994), as palavras não têm em si mesmo um significado, mas sim um “uso”, dado que, o que dizemos é determinado pelo contexto em que cada um se encontra inserido, o seu próprio mundo social.

Todas as pessoas expressam através das suas palavras, as suas próprias emoções ou estados de espírito.

Na comunicação interpessoal as conversas são orais e não podem existir palavras sem as pistas não verbais (os múltiplos canais). Fachada (2003) considera que a comunicação não verbal se apresenta sob a forma de três tipos: comunicação paroxémica (que envolve a distância e o uso do espaço social e pessoal); a comunicação cinética (os gestos, a postura e as expressões faciais) e a comunicação para linguística (inclui o tom e a cadência da voz).

Através da linguagem não verbal as pessoas transmitem muitas das suas emoções e sentimentos, assim como os elementos não verbais ajudam os comunicadores a perceber as intenções das pessoas que falam, reforçando a mensagem verbal. Neste sentido, Pearce (1994) refere que a linguagem não pode ser separada da persifcação dada pelo orador, nem do contexto situacional em que ocorre.

Não faria sentido não referir a Cultura, sendo esta, tudo o que nos rodeia, ela faz parte do nosso mundo social, influencia todas as nossas acções. Para Pearce (1994), a cultura consiste nos recursos que utilizamos para normalizar as nossas percepções e as nossas acções.

Também partilhando a ideia de Carvalho (1996) cada um de nós tem como património uma enorme diversidade cultural devido a uma variedade de informações que nos chegam de muitíssimos lados.

A definição formal e mais completa da cultura corresponde à sugerida por Schein (1992). Segundo este autor, a cultura é o padrão de pressupostos (valores) básicos que são partilhados, que o grupo inventou, descobriu e aprendeu, à medida que foi resolvendo os seus problemas de adaptação

externa e integração interna e que funcionou suficientemente bem para ser considerado válido e, conseqüentemente, ser ensinado aos novos membros como maneira correcta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas.

Lemaitre (1984) distingue quatro funções da cultura que considera essenciais:

- Fornece uma interpretação da realidade. É pela cultura que os grupos atribuem sentido às suas actividades e acontecimentos. Os indivíduos orientam os seus comportamentos actuais e futuros com base na cultura. Assumindo a cultura, como um “valor comunicativo”, no sentido que é aceite e partilhado pelo colectivo;
- Assegura a manutenção e reprodução da ordem social.

Se no grupo existir uma cultura eminente, a integração de novos membros é feita com base nos valores e comportamentos subjacentes a essa mesma cultura. Haverá a perpetuação da cultura existente através do processo de socialização;

- É um factor de identificação, em que uma cultura implica um mesmo sistema de representações e de valores;
- Coloca os actores em posição de agir, no sentido em que perspectiva uma realidade simples, reduzindo a incerteza nos indivíduos e incentivando a actuação dos mesmos no grupo.

A cultura é considerada como elemento identificador e caracterizador de um grupo. O facto de um grupo dispor de uma identidade própria constitui uma vantagem, visto que permite definir as suas estratégias de acordo com a sua personalidade, não correndo o risco de ser confundida ou comparada com outros grupos, mas sim destacar as suas diferenças.

A Relação: uma relação entre duas pessoas é baseada na troca de informação, mas também nas suas expectativas sobre como o processo de comunicação se vai desenrolar. Essa interacção supõe que os interlocutores comuniquem de forma eficaz, mas nem sempre é possível. Está dependente de vários factores que a influenciam significativamente, nomeadamente esquemas de vida, crenças familiares e padrões culturais dos diferentes interlocutores. O ser humano é um ser de relação. Desde o nascimento que nos relacionamos com as outras pessoas, com os objectos, com o ambiente e com o que nos rodeia. A relação, é considerada como sendo um conjunto das expectativas existentes entre dois ou mais membros da relação, podendo ser entendida como um conjunto de ligações padronizadas que se estabelecem entre si num determinado tipo de interacção. A partir da relação e conversas, a troca de experiências que nos vai construindo e modelando. Esta construção apesar de

ser interior vai-se repercutir nos outros, nas nossas conversas, no que dizemos aos outros e no que eles nos dizem. Todo o ser humano influencia e é influenciado.

A relação que se estabelece com uma pessoa não permanece imutável ao longo dos tempos, não há estagnação.

Segundo Pearce (1994, p.30) as conversas surgem como formas de acção que influenciam as relações e essas relações influenciam por sua vez conversas existentes. Existe uma reciprocidade dado que uma acção realizada por uma pessoa não só age sobre o outro, mas também age sobre essa própria pessoa.

Identidade – Self: Segundo Pearce (1994) do ponto de vista da comunicação a nossa identidade é parte do processo pela qual fazemos os nossos mundos sociais.

Para percebermos como as conversas ocorrem, devem incluir a ideia de identidade do indivíduo - é a identidade que ele desejaria de ter. A identidade, é algo construído em processos de comunicação, entendida como a definição que cada pessoa tem de si própria.

A identidade de cada pessoa é algo que a torna única, diferenciável e particular, permitindo a obtenção dos seus próprios valores e crenças, promovendo a escolha das suas opções em cada situação do seu dia a dia.

É um estado de permanente mutação, de construção contínua, os nossos valores alteram à medida que vão amadurecendo. É fundamental pensarmos que a identidade de uma pessoa não se limita a um acto de fala, a um episódio ou a uma relação. Esta é um fruto que vai crescendo, alimentando-se e amadurecendo pelo toque das outras pessoas, pela experiência, pela cultura onde o indivíduo se insere promovendo um crescimento interior necessário para interpretar o que nos rodeia.

O Self de cada um de nós é um resultado não meramente biológico mas é influenciado pelo contexto social e histórico.

Operadores Deonticos: Para Pearce (1984), é importante identificar a lógica deontica que cada interlocutor está a seguir, ou seja, é importante questionarmo-nos se sentimos que podemos ou devemos responder de determinada maneira.

Estes operadores são pressupostos morais que orientam e determinam a nossa forma de agir e de pensar. A maneira como falamos ou como respondemos a uma simples pergunta ou a um cumprimento vão determinar o desenrolar da conversa. Consoante as interações que estabelecemos com as pessoas assumimos um determinado tipo de comportamento.

A sociedade portuguesa é caracterizada por um fenómeno multicultural, com existências de várias subculturas. Refere-se a um envolvente contextual de múltiplas aprendizagens e de formações de identidades, mediante a interacção de indivíduos de diferentes culturas. Existem várias subculturas, devido ao facto de nela existirem várias etnias, com o seu próprio sistema de valores. O que implica que os grupos de indivíduos com algo em comum desenvolvam a sua própria cultura. As subculturas estão ligadas a identidade de diferentes grupos.

É importante harmonizar e equilibrar no interior de uma sociedade as várias subculturas existentes.

Com a globalização no mundo contemporâneo, as questões da multiculturalidade e comunicação ganham um grande relevo, conduzindo à pesquisa da diversidade para esbater barreiras.

Portugal, sendo por tradição um país de emigrantes, tem-se vindo a tornar nos últimos anos como um país de acolhimento de população proveniente de diversas partes do mundo. “5% do total da população residente no nosso país (435.000)”, SEF (2007), Ramos (2008, p.67).

Este aumento de fluxos migratórios tem conduzido a um novo paradigma Universal e singular nos profissionais de saúde, conduzindo à pesquisa e adopção de estratégias na sua conduta e comunicação, para fazer face à aculturação a que se tem vindo a assistir. Nesta dualidade de dar e aprender tem-se vindo a desenvolver a pesquisa, a nível dos órgãos locais e setentrionais, de actuação visando a multiculturalidade.

Para Ramos (2008, p.69), “A comunicação é um fenómeno social complexo, e multidimensional, estando cada acto de transmissão de uma mensagem, integrado numa matriz cultural, num conjunto de códigos, de regras e de representações que tornam possível e mantêm as relações entre os membros de uma mesma cultura ou sub cultura”. A autora refere ainda o contexto onde é produzida a comunicação como um elemento complexo, com normas e regras, constituindo um factor estruturante da comunicação.

Os utentes que chegam aos profissionais de saúde carregam a sua carga cultural, bem como os profissionais de saúde possuem a sua e a cultura das próprias instituições. Interagir atendendo a estes contextos necessita de uma atitude reflexiva e de compreensão para não se entrar em choque cultural.

A existência de pluralismo médico, entre o ocidental e o tradicional, pode também gerar conflitos e problemas de comunicação.

Ramos (2008, p.71), refere que “ *A comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente*”.

Os profissionais de saúde deveram pois adaptar um clima empático, de compreensão do outro e da sua diferença cultural, atendendo à sua singularidade e especificidade, ajudando-o a lidar com a sua doença, adoptando um código linguístico acessível e compreensível; quando da sua impossibilidade deve proceder-se ao pedido de ajuda de intérprete para colmatar a barreira linguística.

Parafraseando a mesma autora (p.77), “ *a comunicação em saúde envolve a análise e a utilização de processos, estratégias e políticas de comunicação com o objectivo de informar e influenciar os comportamentos e as decisões dos indivíduos, dos grupos, das comunidades, dos profissionais e das organizações, no sentido da promoção da saúde e do bem estar, da prevenção das situações de doença, de risco e vulnerabilidade e, ainda, da melhoria da comunicação e do acolhimento nas unidades de saúde e da humanização dos cuidados de saúde* “.

A importância da integração de conhecimentos de diferentes áreas e culturas, nos profissionais de saúde, assim como a descentração individual, reveste-se de extraordinária importância, no sentido de ajudar a melhorar a comunicação e a combater estereótipos.

CAPÍTULO IV

QUALIDADE DE VIDA

4.1. Qualidade de Vida: O Conceito

A qualidade de vida é um conceito holístico que abrange múltiplos significados, reflectindo conhecimentos, experiências e valores, individuais e colectivos.

Não existe consenso relativamente a este tema, apesar deste ser comentado por diferentes estratos sociais, culturas e políticas.

Wood-Dauphinee e Kuchler (1992), cit. in Ribeiro (2008), explicam que o termo qualidade de vida (QVD), tinha sido utilizado para averiguar o bem-estar dos trabalhadores em contexto de trabalho cerca do ano 1920, tendo depois desaparecido até à segunda metade do século XX.

Na década de sessenta emerge o interesse científico sobre a qualidade de vida com a publicação do relatório da “*Commission on National Goals*” da responsabilidade do ex -Presidente Eisenhower. Nesta época pós guerra este relatório tinha subjacentes a preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar da população (Ribeiro, 1998, 2008).

Também em 1997, alguns autores referem que a qualidade de vida é determinada por uma interacção complexa entre as características do indivíduo e o seu envolvimento.

O conceito de qualidade de vida, após a segunda Guerra Mundial começou a ser utilizado com frequência, ligado á riqueza material, tendo seguidamente incorporado os aspectos não materiais e na actualidade como um conceito que se disseminou por todos os domínios “ (...) *desde a ecologia até à organização do trabalho, passando pela medicina onde tentam elaborar-se escalas de avaliação de qualidade de vida segundo as patologias.*” (Couvreur, 2001, p.12).

O número de definições de qualidade de vida são imensas. Farquar (1995), citado por Ribeiro (2008, p.32), divide as definições de QDV em definições propostas por especialistas e definições propostas por leigos. A autora, nas primeiras definições considera as seguintes: “*definições globais, definições em componentes, definições focadas e definições combinadas*”.

A literatura apresenta muitas definições, conceptualmente diferentes e com implicações de avaliação diferentes. Umas baseiam-se na satisfação com diversas áreas da vida, outras do bem-estar, outras na funcionalidade, outras no diferencial entre o que o indivíduo tem e o que deseja ou espera ter.

Com base na revisão da literatura dois aspectos são destacados no plano conceptual: subjectividade e multidimensionalidade.

A mudança do perfil de mobilidade e mortalidade, indica o aumento da prevalência das doenças crónico degenerativas, assim sendo, cada vez mais se assiste ao interesse dos profissionais de saúde, ligados às práticas assistências com esta temática, procurando indicadores da qualidade de vida nos diagnósticos clínicos de doenças específicas. Tenta-se perceber qual o impacto físico e psicossocial que as doenças, disfunções ou incapacidade, podem trazer a essas pessoas, permitindo um melhor conhecimento do doente e da sua adaptação à nova situação.

Atendendo o número crescente de publicações com o termo “*quality of life*” na sua base *Pubmed do National Institute of Health*, pode-se observar a relevância do construto e seu crescimento.

A natureza abstracta do termo qualidade de vida é explicação em parte, dos diferentes significados, nas diferentes pessoas em momentos e lugares diferentes.

Após a revisão de algumas definições, Bowling em (2001), citado por André (2005), reuniu uma série de conceitos de qualidade de vida que passamos a citar:

- “*Qualidade De Vida é o débito (output) dos estímulos (inputs) físicos e espirituais*”.
(Liu, 1974)
- “*Qualidade de Vida é uma entidade vaga e etérea, algo sobre o qual muitas pessoas falam, mas ninguém sabe claramente o que significa*”.
(Campbel, Converse & Rodgers, 1976)

- “Qualidade de vida é o produto do dote natural de uma pessoa(DN)pelo esforço feito a favor dela pela família (F) e pela sociedade (S)”.

$$QV=DNxFxS$$

(Shaw, 1977)

- “Qualidade de Vida é o grau em que cada pessoa realiza os seus objectivos de vida”.

(Cella & Cherin, 1987)

- “Qualidade de Vida é a qualidade da nossa vida em cada ponto do tempo entre o nascimento e a morte”.

(Torrance, 1987)

- “Qualidade de Vida é um estado pessoal positivo ou negativo de atributos que caracterizam a vida de cada indivíduo”.

(Grant, 1990)

Após esta análise Bowling concluiu que se trata de um conceito utilizado por muitas disciplinas, amorfo e multidimensional, incorporando todos os aspectos da vida humana.

Suzuki (2002), ao realizar uma revisão de estudos sobre qualidade de vida de doentes internados em cuidados intensivos, verificou que 75,7% dos estudos, o conceito de qualidade de vida não estava explícito claramente.

Diferentes estudos de meta análise como o de Smith et al, responderam às questões sobre a relevância e o peso das diferentes dimensões na QDV (qualidade de vida), trazendo mais clareza ao construto.

O grupo de estudos sobre a qualidade de vida da (OMS 1994), cit in (OMS,1998, p.3), definiu a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, e valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas ,padrões e preocupações”.

Hoje em dia persiste ainda uma diversidade de conceitos e opiniões sobre a definição de qualidade de vida parecendo no entanto haver consenso quanto a alguns aspectos conceptuais, de acordo com Martins (2006, p.41) são os seguintes:

1. *“Integra domínios relacionados com o bem-estar (...)*
2. *Contém mais que uma dimensão ou categoria, podendo haver inter-relação entre eles (...)*
3. *Integra factores objectivos externos à pessoa (...)*
4. *É influenciado e varia com a idade, sexo, raça, cultura e estatuto socioeconómico (...)*
5. *É caracterizado por uma larga variabilidade intra e inter sujeitos diferentes por padrões culturais e sociais (...)*
6. *Integra uma visão holística que permite compreender o que é importante para cada indivíduo (...)*
7. *É baseado nas percepções individuais;*
8. *Estes aspectos reflectem a necessidade dos indivíduos terem escolhas e controle pessoal nas actividades e intervenções, uma forma de empowerment que lhes permite um controle individual.”*

Diversos autores fora do campo da saúde, em estudos dirigidos à população, iniciam especificações sobre os componentes da qualidade de vida o que mais uma vez vem a reforçar a ideia da qualidade de vida como conceito muito alargado que inclui de forma complexa” (...) *a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o seu nível de autonomia e independência, as suas representações e crenças, as relações sociais, assim como a sua relação aos diversos elementos essenciais do seu ambiente”* (Ramos, 2004, p.101).

Atendendo à complexidade da noção de QDV, da sua relatividade referente às diferentes culturas e realidades sociais, diversos instrumentos têm vindo a ser construídos, no sentido da avaliação.

Nos cuidados de saúde, a sua importância foi crescente, tornando-se uma questão importante nos resultados das intervenções na saúde e é estudada em quase todas as doenças crónicas.

4.2. Modelos e Abordagens Teóricas sobre a Qualidade de Vida

Como já foi referido a qualidade de vida é discutida em muitos contextos (médicos, ciências sociais, psicologia, filosofia, entre outros), sendo que contextos diferentes tendem a adoptar a expressão QDV para diferentes propósitos.

Da análise das concepções subjacentes à definição de QDV, Ribeiro (1994), refere que da mancha de concepções existem cinco conceitos que vieram a contribuir para as actuais correntes:

- 1- Uma abordagem psicológica, que leva a supor a distinção entre sentir-se doente e ter uma doença e se firma na percepção da doença tanto aos olhos clínicos como dos utentes, expressando-se a perspectiva médica por indicadores objectivos, como prognóstico, mortalidade ou comorbilidade associada e a perspectiva dos utentes, centrada na percepção e grau dos sintomas e informação de outros casos semelhantes.
- 2- Uma abordagem custo / benefício, baseada na dicotomia quantidade versus qualidade de vida, considerando-se esta uma abordagem utilitarista.
- 3- Uma abordagem centrada na comunidade, em que as variáveis são organizadas de modo a apreciar o impacto da doença na comunidade.
- 4- Uma abordagem funcional, caracterizando-se por se centrar em aspectos funcionais, baseando-se em conceitos de reintegração e dando ênfase aos aspectos de adaptação e ajustamento à doença, alheando-se no entanto dos aspectos psicológicos do processo de reintegração.
- 5- A lacuna de Calman, que conceptualiza a QDV como a lacuna entre as expectativas do indivíduo e o que este na realidade conseguiu fazer, obtendo este uma maior qualidade de vida quando a lacuna é menor.

Para Lima (2002) cit. in Matos (2007), dentro dos vários modelos de QDV, destacam-se os seguintes:

- Modelo Psicológico, no qual a percepção do doente de como as incapacidades provocadas pela doença influenciam a sua qualidade de vida é uma tentativa de traduzir o seu estado psicológico que, neste caso, é indissociável do físico.
- Modelo teórico de Beck, que apesar de valorizar o estado psicológico, dá maior ênfase ao psíquico, o carácter subjectivo e a intenção de tratar, havendo uma relação directa entre o grau de desconforto psicológico e a qualidade e quantidade de vida.

- Modelo de Utilidade, no qual o utente faz uma escolha entre a qualidade e a quantidade de vida, sendo explorado neste modelo o risco que o utente pode ter perante um procedimento perspectivando uma melhor vivência.
- Modelo baseado nas necessidades do individuo, postulando este modelo que a vida ganha em qualidade consoante a capacidade e habilidade do indivíduo em satisfazer as suas necessidades.
- Modelo de qualidade de vida relacionada com a saúde, em que a doença só significa problema quando interfere com a capacidade de desempenho, assumindo este modelo que a saúde é a variável mais influente na qualidade de vida.

Os representantes da medicina holística afirmam que a qualidade de vida tem impacto sobre a saúde. Não sendo elementos estáticos, nem independentes, saúde e doença, trata-se de um processo global, em que os factores estão em constante interacção e influenciam um equilíbrio instável.

4.3. Qualidade de Vida relacionada com a saúde

Com o aumento da expectativa de vida à nascença, no decorrer do século XX, dobrou o numero de anos de vida que as pessoas esperam viver. Atendendo a que o envelhecimento está associado a mais doenças, levantam-se questões sobre a qualidade de vida durante a longevidade.

A saúde tal como é formalmente aceite deve ser um recurso Universal.

A qualidade de vida para Wilson & Cleary (1995) refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afectados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida.

O termo *qualidade de vida* como vem sendo aplicado na literatura médica não parece ter um único significado (Gill & Feinstein, 1994). "Condições de saúde", "funcionamento social" e "qualidade de vida" tem sido usados como sinónimos e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõe instrumentos para sua avaliação.

Qualidade de vida relacionada com a saúde é um estado subjectivo de saúde, são conceitos afins centrados na avaliação subjectiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Bullinger et al. (1993), consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Chatterji, Ustun, Sadana, Mathers e Murria (2002), cit in Ribeiro (2008), alertam que a definição de saúde chama a atenção para os estados de saúde e não de categorias de doenças ou mortalidade, as quais eram referidas nas estatísticas de saúde. O mesmo autor (p.37, 2008) refere ainda que “ *a definição coloca também a saúde num contexto alargado de bem-estar humano no geral*”. É uma definição pela positiva, afirmando presença de determinadas características em detrimento da ausência de outras.

Os conceitos positivos, muito referenciados na psicologia da saúde e adoptados nas outras vertentes, proporcionam uma orientação para os aspectos positivos em relação aos negativos, aspectos positivos também utilizados nas organizações mais clássicas. Segundo Ribeiro (2008), esta mudança é devida, talvez a uma orientação mais geral da sociedade.

Com o aumento da expectativa de vida decorrente do progresso científico e tecnológico do século XX, surgiu a necessidade de atender à “qualidade de vida” dos indivíduos e grupos sociais. A “qualidade de vida” foi ganhando importância crescente quer nas Ciências Sociais quer nas Ciências da Saúde.

A Saúde segundo a Organização Mundial de Saúde é encarada como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de disfunção ou doença*” (OMS, 1958). Esta definição tem desencadeado inovações nas orientações das políticas de saúde, encarando - a como um funcionamento físico e psicológico interligado e satisfatório, em vez de mera ausência de sintomas e disfunções, físicas ou psicológicas. A saúde é tida como sendo uma abordagem que engloba, para além dos aspectos biológicos e psicológicos, a adaptação e os ajustamentos sociais.

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), considera a QDV como a *“percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL-Group, 1994, p.28). Este é, portanto, um conceito que traduz a natureza subjectiva da avaliação do indivíduo, contextualizada no meio físico, cultural e social onde vive (WHOQOL-Group, 1998). É também um constructo dinâmico e multidimensional, que engloba os domínios físico, psicológico, social, nível de independência, ambiente e espiritualidade (Canavarro et al, 2006; Fleck, 2006).

Em 1982, Kaplan e Bush citados por Ribeiro, (2000) conceptualizaram a qualidade de vida relacionada com a saúde a fim de diferenciar os efeitos da saúde dos da satisfação profissional, do meio ambiente e outros factores que influenciam a percepção da qualidade de vida.

Segundo Ribeiro, Meneses e Meneses (1998, p.93) *“a avaliação da qualidade de vida de pessoas que sofrem de uma doença tem a especificidade do elemento central ser a saúde das pessoas, ou melhor, o que se avalia é em que medidas os diversos domínios são influenciados pelas características da doença que afecta a pessoa”*.

Hoje em dia avaliar a qualidade de vida reverte-se de imprescindível importância em virtude dos seus resultados contribuírem para aprovar e definir tratamentos e avaliar o custo/ benefício dos cuidados prestados.

A Qualidade de vida Relacionada com a saúde (QDVRS), emergiu no contexto da saúde e da psicologia para abordar as percepções relacionadas com a doença, sobretudo com a doença crónica e diferentes formas de tratamento das patologias, sendo um conceito aplicado à avaliação da qualidade de vida associada aos processos de saúde/ doença, incluindo os critérios de subjectividade, percepção pessoal, multidimensionalidade (inclui componentes de nível físico, psicológico, social, espiritual e outros) e valorização dos aspectos positivos.

No contexto dos cuidados de saúde é utilizado preferencialmente o termo QDVRS, atendendo a que o foco está centrado na saúde. De seguida apresentam-se algumas definições que ilustram o termo QDVRS.

- *“É a valorização subjectiva que o doente faz de diferentes aspectos da sua vida, em relação ao seu estado de saúde.”*

(Guiteras & Bayés, 1993)

- *“É o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde.”*

(Patrick & Erickson, 1993)

- *“Refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afectados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida.”*

(Wilson & Cleary, 1995)

Para Ribeiro et al, (1998, p.93-94), presentemente a questão principal *“é a de saber se os indivíduos que vivem com doença crónica conseguem viver o dia a dia com a mesma facilidade e o mesmo grau de satisfação das pessoas que não sofrem de nenhuma doença”*.

Os modelos de saúde ou os modelos de cognição social pretendem explicar os comportamentos de saúde/doença das pessoas e algumas das razões para as discrepâncias individuais encontradas na adopção, alteração e manutenção desses comportamentos, ao qual está associado as indicações e prescrições dos profissionais de saúde.

A QVRS, vem fornecer um ponto de referência comum em relação ao qual pode ser medido o impacto de diferentes tratamentos em diferentes condições (Thompson & Roebuck, 2001).

Devido à necessidade, os instrumentos de avaliação da QVRS têm evoluído para avaliar o impacto da doença, efeitos de tratamento, entre outras variáveis que afecta a vida das pessoas, dando dados para uma avaliação da vivência que a pessoa possui dos seus problemas de saúde nas diferentes áreas (função física, social, emocional, desempenho de papeis, dor e fadiga).

Segundo André (2005, p.57), a QVRS pode ser definida como *“um estado de saúde e vista como um continuum da crescente complexidade das consequências no doente de factores biológicos/fisiológicos, sintomas, funções, percepção da saúde em geral e bem estar geral ou qualidade de vida”*.

Para Ribeiro (2008), o estudo de variáveis psicológicas, são úteis no estudo da QDV.

A crescente utilização das mais diversas variáveis para avaliação da QDV na saúde demonstra que esta é uma dimensão que está na miragem dos profissionais de saúde e que o impacto das diferentes intervenções pode ser substancialmente diferente no bem estar dos indivíduos.

4.4. Avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

Actualmente existem duas formas de mensurar a qualidade de vida: com instrumentos genéricos e específicos. Persiste ainda algum debate sobre os seus méritos relativos (Thompson & Yu, 2003).

Assim para a reflexão do impacto de uma doença na vida das pessoas, em diferentes populações, avaliando aspectos como a função física e emocional, foram desenvolvidos instrumentos genéricos. Para avaliar de uma forma individual e específica determinados aspectos da qualidade de vida, proporcionando um conhecimento mais profundo sobre os aspectos em estudo, foram desenvolvidos os instrumentos específicos (Wiebe et al, 2003).

Quando da selecção de um instrumento para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde é relevante observar-se as suas qualidades, para o fornecimento da informação mais apropriada e necessária, atendendo às suas propriedades psicométricas (Thompson & Roebuck, 2001).

Após uma revisão da literatura sobre a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde por Santos e Ribeiro (2001, p.8), concluíram que é primordial na sua avaliação ter em consideração os seguintes domínios:

- *”Estado funcional*, que se refere à capacidade de executar uma gama de actividades que são normais para a maioria das pessoas. Nelas se inclui geralmente o auto cuidado, a mobilidade e a capacidade de desempenho do papel social.
- *Sintomas físicos*, relacionados com a doença e o tratamento. Neles pode-se incluir a dor, o mau funcionamento urinário, etc.
- *Funcionamento psicológico*, como o *distress* psicológico, sobretudo a ansiedade e a depressão.

- *Funcionamento social*, como o transtorno muito comum nos doentes crónicos. Nele inclui-se as relações com a família e o meio social mais alargado, bem como a frequência de participação em actividades sociais.
- *Avaliação global*, dado que a qualidade de vida não é mais do que a soma das suas partes componentes, é útil a inclusão de uma avaliação global como suplemento das mais específicas, Esta avaliação global deveria limitar-se a áreas relacionadas com a saúde.”

Para Santos (2005), a avaliação da QDVRS, tem como objectivos, a gestão da saúde; o conhecer os interesses específicos dos doentes; avaliar o efeito da terapêutica; melhorar a comunicação pessoal de saúde/doente; constituir uma unidade de medição económica e monitorizar a saúde da população. Para o mesmo autor, Santos (2005) de acordo com Lawton (2000), refere que a avaliação da qualidade de vida deve incidir sobre quatro áreas que se sobrepõem e inter-relacionam:

1. **Competência comportamental** – refere-se aos comportamentos que o indivíduo teve e tem relativamente à sua saúde, funcionalidade, cognição, comportamento social e utilização do tempo;
2. **Condições ambientais** – dizem respeito aos atributos do meio físico que rodeiam o indivíduo;
3. **Qualidade de vida percebida** – dimensão subjectiva que depende do julgamento do individuo sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica e a sua competência comportamental;
4. **Bem-estar psicológico** – reflecte a avaliação pessoal sobre as três dimensões anteriores e depende da capacidade do indivíduo se adaptar às perdas, à sua capacidade de recuperação de eventos stressantes (tais como a doença, morte de familiares, desemprego, violência física, etc.), e da capacidade de encarar essas situações pelo lado positivo.

Em relação à qualidade de vida relacionada com a saúde e com as doenças cardiovasculares, segundo Silva (1998), existem três aspectos responsáveis pela ênfase atribuída. O primeiro tem a ver com o dilema da validade de intervenções que embora prolonguem a vida, comprometem a sua qualidade ou, pelo contrário melhoram a qualidade de vida, mas aumentam a mortalidade; o segundo relaciona os efeitos da terapêutica sobre a qualidade de vida e a adesão do doente ao tratamento; o terceiro relaciona-se com o aspecto económico, tornando-se imprescindível a avaliação do custo/ benefício de todas as intervenções, diagnósticos e terapêuticas, tendo por base o prognóstico, a esperança de vida e a qualidade de vida.

Wenger et al citado por Melo (1998, p.42), afirmam que a avaliação da qualidade de vida em pessoas com doença cardiovascular, deve integrar os domínios físicos, sociais e psicológicos, incluindo a medição dos resultados dos seguintes aspectos:

- *“Capacidade física, incluindo a mobilidade, capacidade de auto cuidar e desempenho nas actividades de vida diária;*
- *Estado emocional, incluindo mudanças de humor, cólera, culpa, hostilidade, depressão, desamparo, comportamento de doente e expectativas acerca do futuro;*
- *Interação social, englobando a participação em actividades sociais, relacionamentos familiares, função sexual, e satisfação conjugal;*
- *Função intelectual, incluindo memória, capacidade de julgar e interesse;*
- *Estatuto económico, incluindo a capacidade de manter o nível de vida, rendimentos, emprego;*
- *Auto-percepção do estado de saúde, que engloba a evolução da severidade da doença e o grau de enfraquecimento que determina no doente.”*

Thompson & Yu (2003) apontam para o crescimento rápido e significativo na avaliação da qualidade de vida em pessoas com doença coronária.

Quando da experiência de um evento coronário, o indivíduo experiencia sensações próximas da morte que o conduzem a uma reavaliação da sua existência. Segundo Silva (1998), a vida da pessoa após a ocorrência de um evento coronário dificilmente será a mesma.

Autores como Gill et al & Gladis et al, Seidl e Zannon (2004), para nortear estudos sobre a qualidade de vida, sintetizaram algumas recomendações do seguinte modo:

- Necessidade de apresentação do conceito ou significado de QVD que orienta a pesquisa;
- Explicação das razões teórico metodológicas que levaram à escolha dos instrumentos seleccionados;

-Importância da utilização de medidas não reducionistas baseadas em itens únicos ou focalizadas apenas nos sintomas;

-No caso de medidas padronizadas, a inclusão de itens abertos, adicionados no final do instrumento.

As dimensões mais consensualmente analisadas quando se fala em qualidade de vida são apresentadas no quadro seguinte:

Dimensões	Indicadores
Funcionamento Físico	Actividades de vida diária, mobilidade, independência, exercício, capacidade de trabalhar, de se divertir ou de ir à escola, capacidade de auto-cuidado, capacidade de realizar actividades relacionadas com a alimentação e a dieta.
Funcionamento Psicológico	Estados de: ansiedade, depressão, raiva e alegria; estado cognitivo: orientação, memória, concentração, atenção, pensamento, alerta, confusão. Percepção do bem estar. Satisfação com a vida, felicidade, atitude positiva, sucesso pessoal, paz interior, percepção de controle, esperança. Espiritualidade, experiências transcendentais, altruísmo. Auto-estima, auto-imagem, auto-controle, sentimento de eficácia.
Funcionamento Social	Funcionamento sexual, intimidade e carinho. Manutenção de relações interpessoais com a família no trabalho ou na escola. Manutenção de relações interpessoais com os profissionais de saúde. Negociação com as organizações de saúde/burocracias. Participação em grupos de auto ajuda ou actividades de voluntariado.
Sintomas relacionados com a saúde ou os tratamentos	Níveis de fadiga ou energia. Capacidade física e força. Náuseas, vómitos, diarreia, obstipação, inflamação das mucosas, disfagia ou dispneia. Dor, infecções, dermatites. Perturbações do sono e repouso, relacionados com efeitos secundários dos medicamentos.

Quadro nº 5. Dimensões da qualidade de vida – Fonte: Sousa (2002, p.51)

Na prática clínica, ainda não é um procedimento corrente a avaliação da QDV.

Ribeiro (2008), recomenda o uso de medidas funcionais genéricas, acompanhado de medidas específicas de doença em estudo, normalmente indicadores de sintomas (em caso de existência de doença). Paralelamente recomenda o uso de medidas mais genéricas de satisfação com a vida.

Refere ainda que estas medidas usadas de modo complementar, permitem fazer uma avaliação global e que consoante os objectivos da avaliação, podem ser usadas todas as medidas, ou de forma independente (cada uma por si).

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO V

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO CULTURAL DO CONCELHO DE ODIVELAS

5.1. Área Geográfica de Actuação em Saúde e População

O Concelho de Odivelas foi criado a 14 de Dezembro de 1998, através do Decreto-Lei nº 84/98. Pertence à Área Metropolitana de Lisboa, encontrando-se delimitada a Norte por Loures, a Sudoeste por Lisboa e a Oeste por Sintra e Amadora. Este concelho é constituído por sete freguesias: Odivelas, Ramada, Póvoa de Santo Adrião, Caneças, Olival Basto, Pontinha e Famões, distribuídos numa área de 26,8 km², e com uma população de 133.847 habitantes (censos, 2001).

O Centro de Saúde de Odivelas presta cuidados de saúde à população de cinco freguesias do Concelho de Odivelas (mapa nº1): Odivelas, Ramada, Póvoa de Santo Adrião, Caneças e Olival Basto, abrangendo uma área de 16,5 Km² e encontra-se actualmente agrupado com o Centro de Saúde da Pontinha, ao abrigo da lei de agrupamentos de Centros de Saúde, recentemente criada, (mantendo-se este, até á data em funcionamento autónomo).



Mapa nº 1. Mapa das freguesias de Odivelas – Fonte: Câmara Municipal de Odivelas.

5.2. Caracterização das Freguesias abrangidas pelo Centro de Saúde de Odivelas

Para a compreensão da história e evolução do concelho, realizou-se o levantamento dos dados históricos das freguesias abrangidas pelo Centro de Saúde de Odivelas, que podem ser observados no anexo I.

Com a finalidade da compreensão da dinâmica deste concelho apresentamos o perfil de Odivelas, realizado pela Câmara municipal de Odivelas em Janeiro de 2008 e analisado pela autora da investigação.

5.3. Perfil de Saúde do Concelho de Odivelas 2008

5.3.1. Perfil de saúde: princípios e objectivos

O conceito de saúde da OMS de que a Saúde é “[...] *um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”, implica uma rutura com a forma convencional como as questões relacionadas com a saúde têm sido abordadas. Esta abordagem implica a adopção de um novo paradigma em relação à Saúde, ou seja, cada vez mais esta problemática deverá ser abordada a montante e não apenas a jusante.

O projecto “Cidades Saudáveis” da OMS é desenvolvido tendo como referência este novo paradigma, uma vez que estimula o investimento efectivo não apenas no tratamento da doença, mas fundamentalmente na promoção da saúde, invocando uma intervenção efectiva em todos os factores que a determinam, no sentido de a fortalecer.

Ao abrigo deste paradigma cada vez mais a Saúde é uma área que terá de envolver, não apenas os prestadores de cuidados de saúde mas também os profissionais de outras áreas, facto que apela ao desenvolvimento de uma acção intersectorial.

Para que do projecto “Cidades Saudáveis” possa resultar a obtenção de ganhos em saúde, ou seja, melhorias mensuráveis do estado de saúde de um indivíduo ou de uma dada população, torna-se necessário conhecer os factores que a determinam. É em resposta a esta necessidade que surge a elaboração de um perfil de saúde, documento que deverá agregar a informação sobre a saúde e os seus determinantes.

De acordo com o manual *Perfis de Saúde das Cidades (City Health Profiles)*, do Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde, o perfil de uma cidade é “[...] *uma descrição qualitativa e quantitativa da saúde dos cidadãos e dos factores que a influenciam. [...] identifica problemas, propõe áreas para melhoria e estimula a acção*”. 1.

Os factores que directa ou indirectamente influenciam o estado da saúde individual, familiar e comunitária, são designados pela Organização Mundial de Saúde como Determinantes da Saúde. Estes determinantes encontram-se agrupados por factores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos), por estilos de vida (consumo de tabaco, álcool, drogas, alimentação, actividade física,...) e por factores externos ao indivíduo (socioeconómicos, ambiente, cuidados de saúde, segurança, exclusão social, habitação, educação, cultura, emprego, urbanismo, transportes,...).

Procurando corresponder a este enunciado teórico, a elaboração do presente estudo implicou a recolha de informação que pudesse permitir, enquanto diagnóstico, a caracterização, o mais abrangente possível, destes Determinantes da Saúde ao nível do concelho de Odivelas.

De acordo com a OMS, um perfil de saúde deverá, entre outros, cumprir os seguintes objectivos:

- Sumarizar informação relevante sobre a saúde na cidade;
- Identificar problemas de saúde na cidade;
- Identificar factores que afectam a saúde na cidade;
- Funcionar como estímulo para mudanças a favor da saúde na cidade;
- Funcionar como estímulo para a acção intersectorial;
- Informar o público, os profissionais e os decisores políticos sobre assuntos que afectam a saúde, de um modo facilmente compreensível;
- Tornar a saúde e os seus determinantes visíveis.¹

Como fontes de informação, para além do recurso a muitos documentos e publicações (constantes na bibliografia), que foram alvo da respectiva análise documental (de conteúdo), foram solicitados e recolhidos dados junto de instituições locais, regionais e nacionais. Os vários serviços da Câmara

¹ Cf. Organização Mundial de Saúde, *Perfis de Saúde das Cidades. Como conhecer e avaliar a Saúde da sua Cidade*, Copenhaga, (1995, p. 3). Perfil de Saúde do Concelho de Odivelas (Actualização)

Municipal de Odivelas também se constituíram como fontes privilegiadas de informação, alvo de análise e sistematização, nomeadamente as unidades orgânicas cuja actividade tem influência, directa ou indirectamente, nos Determinantes da Saúde. A pesquisa *online* foi também uma das formas utilizadas na recolha de dados e informações, concretamente, através de *Websites* relacionados com esta temática.

Para a caracterização dos estilos de vida da população do concelho de Odivelas, a Câmara Municipal disponibilizou um questionário aos munícipes de Odivelas, no sentido de chamar a sociedade civil a participar na construção do documento. Foram recolhidos dados sobre hábitos, consumo e práticas que influenciam a saúde da população inquirida. Paralelamente, essa análise foi complementada com dados provenientes de serviços/instituições cuja actividade é desenvolvida ao nível das áreas abrangidas pela inquirição, a saber, a alimentação, a actividade física, a ocupação de tempos livres e o consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas.

5.3.2. Caracterização demográfica - dinâmica populacional

O concelho de Odivelas assistiu a uma evolução demográfica assinalável a partir da década de 50, que se traduziu numa grande capacidade de atracção populacional. No contexto da Grande Lisboa, Odivelas assume-se hoje em dia como o terceiro concelho com maior densidade populacional (5571,6 habitantes por km²).

A estrutura etária do concelho reflecte uma fase de transição de uma população que ainda é jovem e onde se começam a notar alguns sintomas de envelhecimento a curto e médio prazo, traduzindo, pois, uma redução do peso dos mais jovens e um aumento do peso dos idosos. Os jovens (0-14 anos) constituem 14,7% da população, enquanto que a população em idade activa (15-64 anos) representa 73,3% e os idosos (65 anos ou mais) assumem um peso percentual de 12%.

No que concerne aos nascimentos e óbitos, verifica-se que no período entre 2002 e 2005, as taxas brutas de natalidade e mortalidade em Odivelas têm sofrido relativas oscilações, assumindo valores mais altos em 2002 (11,2% e 7,8% respectivamente) e que, em 2005, registam uma ligeira baixa (10,2% e 7,5%). A taxa de fecundidade geral no concelho de Odivelas tem vindo igualmente a

decrecer neste período. Em termos de crescimento populacional efectivo e natural, Odivelas regista, entre 2003 e 2005, decréscimos nas respectivas taxas.

As famílias odivelenses, em termos gerais, são idênticas à generalidade das famílias que residem em áreas urbanas (metropolitanas), sugerindo, pois, o predomínio da família nuclear moderna, constituída por um casal com ou sem filhos, possuindo, na sua maioria, um modo de vida urbano. A sua dimensão pode ser considerada pequena/média, uma vez que os agregados com 2, 3 e 4 elementos são os mais representativos.

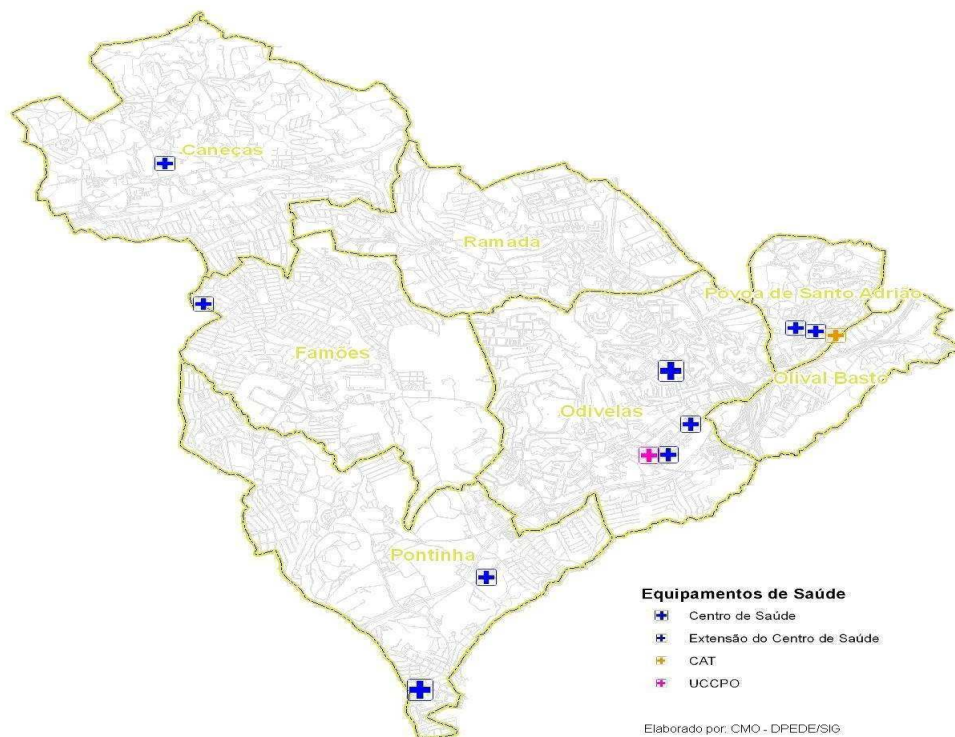
Em termos religiosos a maior parte da população do concelho afirma-se de orientação católica.

5.3.3. Indicadores e cuidados de saúde

No que diz respeito ao rácio de profissionais de saúde por habitantes, o concelho de Odivelas regista valores bastante inferiores aos da Grande Lisboa, quer em relação ao número de médicos (2,2 e 6,0 respectivamente), quer em relação ao número de enfermeiros (1,3 e 5,5 respectivamente). Estes valores acabam por estar directamente relacionados com o aumento contínuo do número de utentes sem médico de família, que se tem verificado nos últimos anos nos centros de saúde do concelho. Os aumentos sucessivos da população inscrita no centro de saúde, ano após ano, têm agravado este problema.

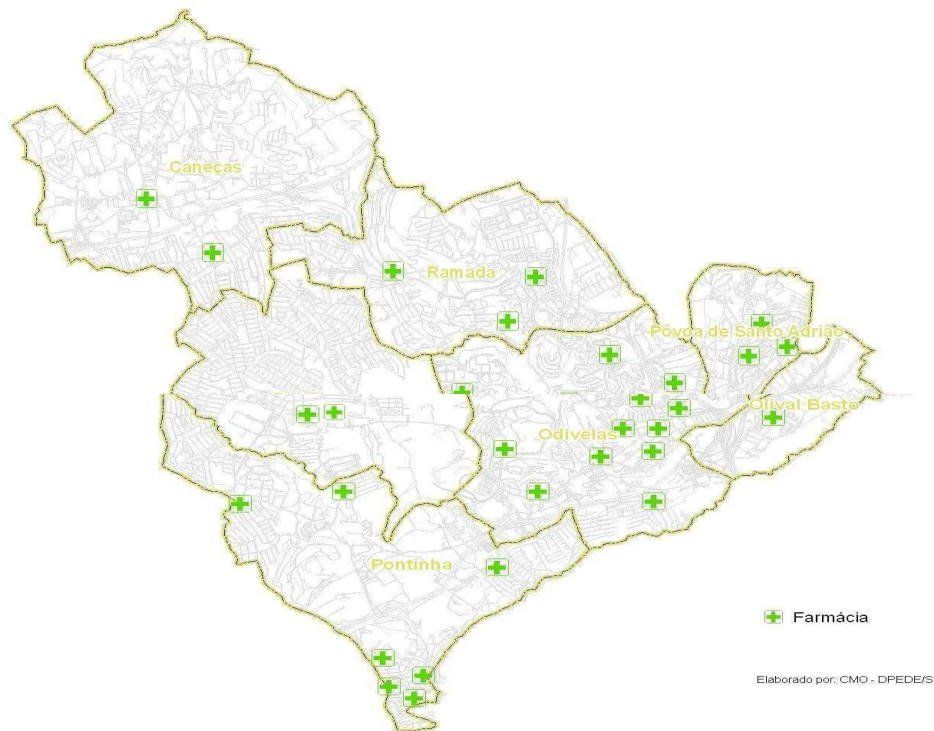
	2004		2005		2006	
	(a 31 de Dezembro)		(a 31 de Dezembro)		(a 31 de Dezembro)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com médico de família	121 834	82,3	121 595	70,3	123 727	78,03
Sem médico de família	26 221	17,7	31 663	20,7	34 829	21,97
Total	148 055	100,0	153 248	100,0	158 556	100,0

Quadro nº 6. Utentes inscritos no Centro de Saúde com e sem médico de família
Fonte: Centro Saúde de Odivelas.



Mapa nº2. Equipamentos de saúde do concelho de Odivelas.
Fonte: Câmara Municipal de Odivelas.

O número de farmácias e postos de medicamentos por 1000 habitantes regista valores inferiores (0,2) aos da Grande Lisboa, bem como ao registado a nível nacional que é de 0,3 em 2003 e 2004. Existem em Odivelas 0,28 Farmacêuticos de Oficina por cada 1000 habitantes, o que corresponde a menos de metade do número de Farmacêuticos de Oficina apurado para a Grande Lisboa entre 2002 e 2004 (0,66).



Mapa nº 3. Farmácias do concelho de Odivelas.

Fonte: Câmara Municipal de Odivelas.

O número de consultas por habitante registou, em 2004, menos de metade do número de consultas por habitante em relação ao registado para a Grande Lisboa. No que diz respeito aos recursos humanos, verifica-se a existência de uma instabilidade no quadro de pessoal no centro de saúde, nomeadamente ao nível do Pessoal de Enfermagem e do Pessoal Administrativo e de Serviços Gerais e Auxiliar.

QUADRO 42
Recursos Humanos do Centro de Saúde de Odivelas
2004-2006

	2004 (a 31 de Dezembro)				2005 (a 31 de Dezembro)				2006 (a 31 de Dezembro)			
	Ef	Ct	TO	Total	Ef	Ct	TO	Total	Ef	Ct	TO	Total
Pessoal Médico												
Total	53	3	-	56	58	4	-	62	55	2	-	57
Clínicos Gerais (não especialistas)	10	3	-	13	10	1	-	11	9	2	-	11
Especialistas	43	-	-	43	48	3	-	51	46	-	-	46
Medicina Geral e Familiar	39	-	-	39	44	2	-	46	42	-	-	42
Estomatologia	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	1
Pediatria	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	1
Saúde Pública	2	-	-	2	2	1	-	3	2	-	-	2
Pessoal de Enfermagem												
Total	37	10	-	47	38	16	-	54	37	26	-	63
Não especialistas	33	10	-	43	35	16	-	51	35	26	-	61
Especialistas	4	-	-	4	3	-	-	3	2	-	-	2
Saúde Infantil e Pediátrica	2	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-	2
Outros enfermeiros especialistas	2	-	-	2	1	-	-	1	-	-	-	-
Outro Pessoal Técnico Superior												
Psicólogos	-	1	-	1	1	1	-	2	2	-	-	2
Serviço Social	2	-	-	2	2	-	-	2	1	1	-	2
Pessoal Técnico												
Fisioterapeutas	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	1
Higienistas Oraís/Odontologistas	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	1
Saúde Ambiental	3	-	-	3	3	-	-	3	3	-	-	3
Outro Pessoal Técnico	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	1
Outro Pessoal												
Administrativo	48	8	9	65	53	4	6	63	51	5	7	63
Serviços Gerais e Auxiliar	24	2	2	28	23	3	4	30	21	7	3	31

Fonte: Centro de Saúde de Odivelas.

(Ef - Efectivos; Ct - Contratados; TO - Trabalhadores Ocupacionais)

Quadro nº7. Recursos Humanos do Centro de Saúde de Odivelas (2004 – 2006).

Fonte: Centro de Saúde de Odivelas

Nos últimos anos tem aumentado o número de vacinas administradas em ambos os centros de saúde (Odivelas e Pontinha) do concelho, registando-se um aumento da taxa de cobertura vacinal da população.

De acordo com dados do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, o concelho de Odivelas ocupa o sétimo lugar entre os concelhos do Distrito de Lisboa, relativamente ao número de casos de infecção pelo VIH/SIDA notificados.

5.3.4.Ambiente

Nos anos de 2003 e 2004 Odivelas apresentou valores de 100% em relação às taxas de tratamento de águas residuais, valores acima dos registados na Grande Lisboa. O concelho também registou valores superiores em relação à Grande Lisboa, no que diz respeito à percentagem de população servida por sistemas de drenagem de águas residuais e por Estações de Tratamento de Águas Residuais.

Em relação à qualidade do ar, de todos os poluentes analisados na Estação de Monitorização da Qualidade do Ar de Odivelas, apenas as partículas em suspensão e o ozono registam excedências aos valores previstos na legislação. Todos os restantes poluentes analisados registaram valores abaixo do permitido.

No que diz respeito ao ruído, não obstante a identificação da necessidade de existência de um Mapa de Ruído do concelho, não foi possível até à presente data proceder à sua elaboração.

Quanto à exposição à radiação electromagnética proveniente dos sistemas de comunicações móveis (telemóveis), os valores registados no concelho nunca excederam o limite de exposição mais restritivo.

No concelho de Odivelas o rácio de habitantes por Ecoponto tem vindo a diminuir continuamente de 2004 para 2006, sendo que neste último ano, registou-se um valor de 437 habitantes por Ecoponto. Tem-se verificado igualmente um aumento dos resíduos provenientes da recolha selectiva.

Em termos de produção de resíduos industriais, segundo o tipo, os resíduos maioritariamente produzidos no concelho são os resíduos banais, que correspondem a 93,3% do total de resíduos produzidos no concelho. As indústrias transformadoras produzem a sua quase totalidade, tendo também um grande peso na produção de resíduos industriais perigosos.

Quanto ao seu destino final, verifica-se positivamente que mais de 80% dos resíduos produzidos no concelho de Odivelas são encaminhados para operações de valorização.

No que diz respeito à área de espaços verdes *per capita* por freguesia, verifica-se que a Ramada é a que apresenta, de forma destacada, o valor mais elevado. Contudo, este valor está ainda distante dos valores recomendados em matéria de planeamento de espaços verdes.

De acordo com o último levantamento efectuado, a área útil total de espaços verdes no concelho de Odivelas é de 380.373,29 m² e o número de Jardins/Espaços Verdes (Principais) é de 33 (CMO, 2007).

5.3.5. Actividade Económica

A tendência mais recente no concelho de Odivelas aponta para uma ligeira descida do número absoluto de desempregados, sendo que existem mais homens do que mulheres nesta situação.

A maior parte dos desempregados tem entre 35 e 54 anos e apresenta como grau de instrução o 1º Ciclo do Ensino Básico. No contexto dos concelhos da Grande Lisboa, Odivelas apresenta o segundo valor mais baixo de número de desempregados.

O valor do poder de compra em Odivelas era, de acordo com dados de 2004, o terceiro mais baixo da área da Grande Lisboa, representando somente 1,45% do total nacional deste indicador. Este valor era inferior ao do valor médio da Grande Lisboa.

Odivelas apresentava, em 2001, o terceiro valor mais elevado de população com actividade económica, entre os concelhos da Grande Lisboa, com 65,1%. Destes, 93,3% encontrava-se empregada em 2001, sendo a taxa de desemprego de 6,7%. Em relação à população sem actividade económica, a maior parte (50,1%) era constituída por indivíduos reformados, aposentados ou na reserva.

Em relação aos sectores de actividade económica, o sector terciário é aquele que regista um maior número de trabalhadores no concelho de Odivelas, onde predominam as empresas entre 1 a 9 trabalhadores, por oposição à Grande Lisboa, onde predominam as empresas com 500 ou mais trabalhadores.

As principais actividades das empresas e sociedades sedeadas no concelho de Odivelas são o comércio por grosso e a retalho, a construção, as actividades imobiliárias e de serviços prestados às empresas e a restauração.

5.3.6. Urbanismo e Habitação

No que respeita ao parque habitacional em Odivelas, existe um claro predomínio dos alojamentos clássicos, sobretudo nas freguesias marcadamente urbanas. Os alojamentos encontram-se, na sua maioria, integrados em edifícios exclusivamente residenciais embora também seja de realçar o número significativo de alojamentos integrados em edifícios que não têm exclusivamente funções habitacionais.

O processo de urbanização no concelho teve o seu maior auge entre 1971 e 1980, verificando-se que a respectiva década regista o maior grau de construção habitacional. A partir de meados da década de 90 verificou-se um novo fôlego na construção habitacional.

No que concerne ao estado de conservação dos edifícios, apesar de mais de metade (53%) não necessitarem de ser reabilitados, registam-se, inversamente, 45% com necessidades de reparação no respectivo edificado, sendo que os restantes 2% se encontram em estado de degradação acentuada.

Do total de alojamentos em Odivelas (57599), a grande maioria (80,9%) estão ocupados e constituem residência habitual.

Existem 92 Áreas Urbanas de Génese Ilegal no concelho de Odivelas, que ocupam cerca de 26% do território total do concelho e que correspondem a 19195 fogos implantados por legalizar.

Os 409 fogos habitacionais de arrendamento municipal, registados em 2006, encontram-se repartidos por seis das sete freguesias que compõem o concelho, não se registando qualquer fogo na freguesia de Caneças. A estrutura etária da população residente no parque habitacional revela uma população relativamente jovem e de significativa fecundidade.

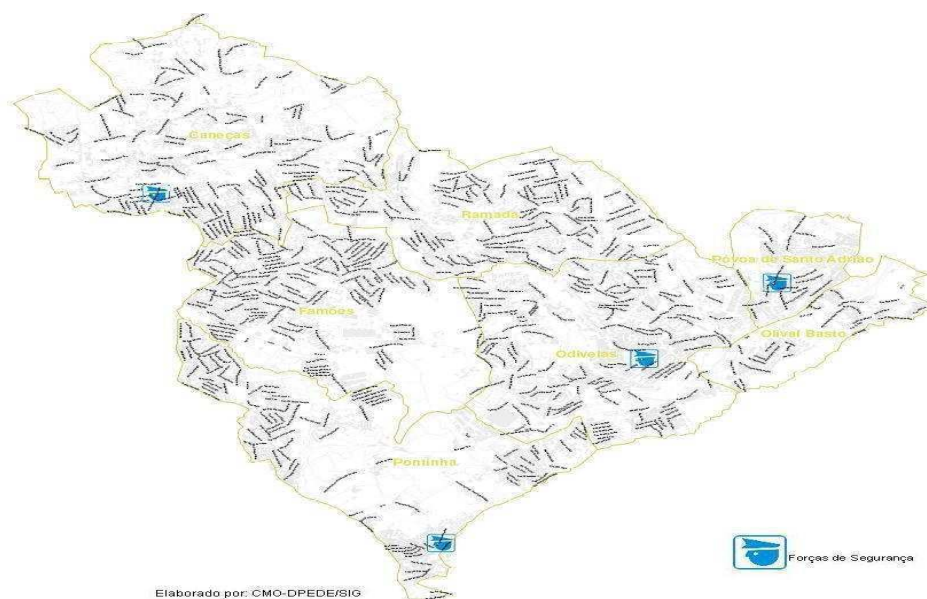
Em relação aos alojamentos precários, as freguesias da Pontinha, Odivelas e Póvoa de Santo Adrião registam a maior quantidade de alojamentos e de famílias a viver em condições precárias de habitabilidade.

No que respeita ao número de realojamentos efectuados entre 2000 e 2006 constata-se que foi na freguesia da Pontinha que foram encontradas mais soluções habitacionais para as famílias necessitadas de uma habitação condigna, registando-se 43 realojamentos que abrangeram 128 pessoas. Em segundo lugar aparece a freguesia de Odivelas com 34 realojamentos que englobaram 88 pessoas.

Analisando os realojamentos efectuados nos últimos 3 anos (2004, 2005 e 2006), é possível constatar que foi no ano de 2006 que as famílias mais beneficiaram de mudança com maior conforto habitacional (30 realojamentos), sendo a freguesia de Odivelas a mais contemplada com este tipo de acção (24), (C.M.O., 2007).

5.3.7. Segurança

A única força de segurança presente no concelho de Odivelas é a Polícia de Segurança Pública, que se encontra distribuída por quatro esquadras. Apenas a freguesia da Póvoa de Santo Adrião se encontra, em termos de segurança, sob a responsabilidade de uma esquadra situada fora concelho (Esquadra da PSP de Santo António dos Cavaleiros, no concelho de Loures).



Mapa nº 4. Forças de segurança do concelho de Odivelas.

Fonte: Câmara Municipal de Odivelas.

Em relação ao número de crimes registados, verificou-se que houve um aumento em todas as freguesias, de 2005 para 2006, com a exceção da freguesia da Pontinha onde esse valor diminuiu. Observando o total do concelho, verifica-se que o número de crimes registados diminuiu de 2004 para 2005 (4,2%), mas voltou a aumentar em 2006 (12,6%), tendo-se registado um total de 4577 crimes.

De um modo geral, pode-se afirmar que a criminalidade registada no concelho de Odivelas acompanha as tendências verificadas na Grande Lisboa, bem como em todo o território nacional. Em todas essas três realidades geográficas, a tendência mais recente (de 2005 para 2006) é a de subida do número de crimes registados.

Os números relativos à sinistralidade rodoviária no concelho de Odivelas aumentaram de 2005 (o de menor registo nos últimos três anos) para 2006, onde se registaram os valores mais elevados. Apesar dessa tendência mais recente, Odivelas apresenta um dos índices de gravidade mais baixos no conjunto dos concelhos do distrito de Lisboa, sendo mesmo inferior à média aí verificada.

5.3.8.Educação

O concelho de Odivelas regista uma taxa de analfabetismo de 5,1%, muito próxima da taxa referente à Grande Lisboa (5,3%).

Em 2001, a população de Odivelas apresentava um grau de escolaridade com maior peso percentual no 1º Ciclo do Ensino Básico (30,99%), seguindo-se, em segundo lugar, os que atingiram o Ensino Secundário (22,30). Os que atingiram o Ensino Superior surgem em terceiro lugar com 12,63%.

Em termos de equipamentos de ensino da rede pública implantados no concelho de Odivelas, para o ano lectivo 2007/2008, verifica-se a existência de um total de 48 estabelecimentos, dos quais a maior parte tem a valência exclusiva do 1º Ciclo do Ensino Básico estando distribuídos pela quase totalidade das freguesias.

Quanto à rede não pública de ensino (ano lectivo 2007/2008), os estabelecimentos de ensino encontram-se implantados em todas as freguesias do concelho de Odivelas, num total de 44, sendo Odivelas a que mais cobertura apresenta (17 estabelecimentos).

Em relação ao pessoal docente da rede pública (Educadores de Infância/Professores), num total de 2010 no ano lectivo de 2004/2005, a grande maioria concentra-se nos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e Secundário. Os professores do 1º Ciclo do Ensino Básico surgem em segundo plano, com um peso de 16,5%. Os educadores de infância (pré-escolar) e os professores a leccionar no Ensino Profissional registam o mesmo peso percentual (2,4% em ambos os casos). A estabilidade do corpo docente acontece com maior incidência nos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e Secundário do que no 1º Ciclo.

Em termos gerais, a taxa de aproveitamento escolar tende a ser maior no 1º Ciclo do Ensino Básico, sendo que a taxa de retenção aumenta à medida que se avança no grau de ensino.

Em relação aos apoios socioeducativos, são os auxílios económicos os mais atribuídos, por comparação com o suplemento alimentar.

No que respeita ao espaço escolar destinado à realização de refeições, regista-se que a respectiva taxa de cobertura tem vindo a aumentar significativamente ao longo dos últimos anos lectivos, sendo que no ano lectivo 2006/2007 todas as escolas estavam dotadas de refeitório.

5.3.9.Cultura

De acordo com os dados de Junho de 2007, existem no concelho de Odivelas um total de 96 equipamentos culturais, que estão classificados como bibliotecas, espaços polivalentes, espaços exteriores, salas de espectáculo, espaços informativos e núcleos museológicos.

Os eventos/projectos culturais promovidos pela Câmara Municipal de Odivelas registaram uma diminuição entre 2004 e 2006.

Observando os eventos por tipo, verificou-se que neste período as diminuições mais significativas ocorreram nos programas de apoio à formação artística e literária, nos espectáculos musicais e nas sessões infantis, não registando esta última, eventos em 2006.

Em relação às iniciativas promovidas pela Odivelcultura (actual Municipália) verificou-se também uma diminuição entre 2004 e 2005 quanto ao seu total, ou seja, menos 49 iniciativas. No entanto, no ano de 2006 registou-se um aumento de mais 37 iniciativas promovidas face ao ano anterior.

Os tipos de iniciativas mais promovidas em cada ano foram, em 2004, as cinematográficas (62), em 2005 as iniciativas musicais (22) e em 2006, com o mesmo número de iniciativas, as teatrais e as cinematográficas.

5.3.10.Acção Social

Os subsídios de desemprego, de doença e de prestações familiares registaram, em média, um acréscimo tanto em euros como em dias, de 2004 para 2005, excepto o valor médio das prestações familiares que regista um decréscimo.

O número de pensionistas tem vindo a aumentar, entre 2003 e 2005, qualquer que seja o tipo de pensão. Por seu lado, as pensões por velhice são as que têm maior expressão quantitativa em qualquer dos anos em análise.

Em termos de pensões pagas, o número de pagamentos aumentou sempre de ano para ano (no período em análise) em qualquer tipo de pensão, sendo as pensões por velhice as que maior número de pagamentos registam.

No que concerne às prestações familiares no concelho de Odivelas, é de destacar que de 2004 para 2005, em qualquer dos tipos de abono/subsídio, tanto o número de beneficiários como os respectivos valores processados registam um acréscimo, sendo que os abonos de família a crianças e jovens constituem a prestação pecuniária com maior peso no universo das prestações familiares, tanto em beneficiários como em valores processados em milhares de euros.

No caso do subsídio por doença, em Odivelas regista-se um aumento do número de beneficiários, dias e valores processados, de 2004 para 2005. Em termos de género, verifica-se que as mulheres são mais beneficiárias do que os homens em qualquer dos anos em análise.

Relativamente ao Rendimento Social de Inserção, ao analisarmos os beneficiários em 2005 segundo o sexo, salienta-se que em qualquer concelho da Grande Lisboa, são as mulheres as maiores beneficiárias, sendo que em Odivelas se registam 933 homens beneficiários e 1020 mulheres que recebem este tipo de apoio.

No seio da população residente em Odivelas, entre as pessoas que têm algum tipo de deficiência (6%), as mais frequentes são a Visual (1,6%), Motora (1,3%) e outras deficiências (1,6%), sendo que os deficientes-motores também assumem um peso significativo entre a população com deficiência (1,3%).

Saliente-se a existência, no concelho de Odivelas, de um Centro Local de Apoio ao Imigrante, de IPSS's e de um Gabinete de Apoio à Vítima, que procuram dar resposta aos problemas verificados nesta área da acção social.

5.3.11. Alimentação

O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, que tem como objectivo geral a *“redução da prevalência de factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar os factores de protecção, relacionados como os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e sectorial”*, refere que a alimentação deverá ser focada como um dos factores prioritários de intervenção.

O mesmo programa, que apela à implementação de diferentes abordagens com vista à prevenção da doença e à promoção da saúde, propondo também a cooperação e parceria das autarquias, enuncia

de entre os seus vários objectivos específicos, o atingir de metas relacionadas com os hábitos alimentares, nomeadamente:

- Reduzir o consumo de sal (menos de 5 gr/dia);
- Reduzir a prevalência de excesso de peso e obesidade (IMC < 25);
- Aumentar o consumo adequado de frutos, legumes e vegetais (pelo menos 400 gr/ dia);
- Reduzir o consumo total de gorduras para valores entre 15 a 30% da ingestão calórica diária;
- Reduzir o consumo excessivo de gorduras saturadas (< 10% da ingestão calórica diária);
- Reduzir o consumo excessivo de gorduras (< 1% da ingestão calórica diária).

A correcção dos chamados desvios alimentares é assim entendida como uma forma de contribuição para a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida dos portugueses, sendo possível, através de uma alimentação saudável, reduzir a morbilidade e mortalidade por doenças não transmissíveis, nomeadamente doenças cardiovasculares, tumores malignos, diabetes *mellitus*, obesidade, osteoporose, ou seja, patologias que apresentam valores elevados no nosso país.

Contudo, para se trabalhar sobre uma área tão complexa e para se definir formas de acção ajustadas a cada realidade, importa conhecer, no essencial, os hábitos alimentares da população em que se pretende actuar.

5.3.12. Actividade Física

A actividade física, entendida enquanto prática consentânea com os estilos de vida saudáveis, é uma das principais formas de contribuir para a melhoria do nosso estado de saúde. São por demais conhecidas as vantagens que podemos retirar da prática regular de exercício físico, tais como benefícios a nível cardiovascular, uma melhor postura corporal, a melhoria da aparência física, a diminuição do stress e o aumento da auto-estima. Daí que seja relevante analisar as possibilidades existentes no concelho de Odivelas para a prática da actividade física, por parte de quem nele vive e trabalha.

Em relação ao número de associações/colectividades com actividade desportiva existentes no concelho, o seu total ascende a 49, distribuídas pelas sete freguesias do seguinte modo

Freguesia/ Associações	Número
Caneças	9
Famões	4
Odivelas	16
Olival Basto	2
Pontinha	6
Póvoa de Sto. Adrião	9
Ramada	3
Concelho Odivelas	49

Quadro nº 8. Associações/colectividades com actividade desportiva do Concelho de Odivelas. Fonte: Câmara Municipal de Odivelas.

Odivelas é a freguesia do concelho com maior número de associações com actividade desportiva, sendo seguida pelas freguesias de Caneças e Póvoa de Santo Adrião. No extremo oposto encontramos a freguesia do Olival Basto, com duas associações.

No que diz respeito às modalidades que se podem praticar em cada freguesia do concelho, Odivelas, Póvoa de Santo Adrião e Caneças aparecem novamente em plano de destaque com 11, 10 e 9 modalidades diferentes.

5.3.13. Tabagismo

O tabagismo é uma área tradicionalmente marcada por uma ausência de dados quantitativos e qualitativos, essencialmente ao nível concelhio. Por esse facto e com o objectivo de enriquecer a pouca informação existente no concelho de Odivelas, conforme referido no ponto anterior, foi efectuado um questionário sobre os estilos de vida da população pela Câmara municipal o qual continha um conjunto de questões relacionada com os hábitos tabágicos dos inquiridos.

No entanto, no concelho de Odivelas existe, desde 2004, um Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo, que resulta de um protocolo entre o Centro de Saúde de Odivelas (CSO) e o Hospital Júlio de Matos, através da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO). Este Programa consiste em três tipos de consultas, que se realizam no Centro de Saúde de Odivelas – Extensão Odivelas A: Consultas de Cessação Tabágica, Consultas Multiprofissionais (Multicomponente) e Consulta de Prevenção de Recaída. Ao Programa está afecto um médico do CSO e dois psicólogos da UCCPO.

Aquando da elaboração do estudo *Diagnóstico Inicial da Situação do Concelho de Odivelas em Matéria de Toxicodependências*, foi recolhida informação no sentido de se caracterizar os utentes deste Programa. Da informação disponibilizada foi possível conhecer as três principais razões apontadas pelos utentes para o início do consumo, concretamente: influência de amigos, curiosidade e tabagismo de familiares. A maioria dos utentes revelou ter iniciado o consumo fora de casa. Os cigarros representam esmagadoramente o seu tipo de consumo. Em relação aos anos de consumo regular de tabaco, cerca de 90% fuma há mais de 20 anos.

Sobre a frequência diária de consumo a maioria refere que fuma mais de 16 cigarros por dia.

Inserido no estudo acima referido foi aplicado um inquérito aos Directores de Turma dos estabelecimentos de ensino dos 2º e 3º ciclos do ensino básico, do secundário e profissional, com o objectivo de obter informação sobre o consumo de tabaco, álcool e drogas por parte dos alunos. Em relação ao consumo de tabaco, e de acordo com a percepção do Directores de Turma, são os rapazes que mais fumam, sendo a idade de início entre os 13 e os 15 anos, tal como as raparigas. A curiosidade e o desejo de pertença a um grupo de amigos são os principais motivos para a origem do consumo tabágico por parte dos alunos, tendo sido os cigarros referidos como o tipo de tabaco mais consumido. Foi também referida a existência de um equilíbrio entre o número de alunos que fuma com carácter pontual e os que o fazem como hábito adquirido.

Refira-se ainda que, no âmbito do Plano Estratégico Concelhio de Prevenção das Toxicodependências 50 (PECPT), o Programa “Odivelas Sem Tabaco” promoveu, em 2007, rastreios gratuitos à Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Monóxido de Carbono junto da comunidade odivelense (foram rastreadas cerca de 800 pessoas). Esta doença das vias respiratórias, ao afectar principalmente os fumadores e ex-fumadores, é diagnosticada através de um teste respiratório, a Espirometria (que mede a velocidade com que o ar sai dos pulmões das pessoas alvo de rastreio). Sensibilizar os odivelenses para os malefícios dos hábitos tabágicos é um dos grandes objectivos dos rastreios da DPOC e Monóxido de Carbono, que, através dos respectivos diagnósticos, pretendem induzir comportamentos antitabágicos, levando os indivíduos a deixar de fumar ou, no caso dos não-fumadores, nem sequer pensar numa eventual iniciação tabágica ou mesmo reincidência (ex-fumadores).

Em termos de resultados do rastreio de Junho/2007, as pessoas rastreadas revelaram um elevado desconhecimento face ao facto de saberem se têm ou não alguma doença respiratória (81%). Se 59% dos rastreados já tinham fumado, por seu lado, os fumadores (à data do rastreio) constituíram

32% do universo analisado. Os escalões etários dos 10-14 anos e dos 15-19 anos são os mais representativos na iniciação tabágica, tanto nos fumadores como nos ex-fumadores. Entre os que já tiveram ou têm hábitos tabágicos, a quantidade de cigarros fumados por dia situa-se, em média, com maior peso entre os 10 e os 29 cigarros, constatando-se que os ex-fumadores, quando fumaram, fizeram-no com maior dependência do que os actuais fumadores. Entre as fumadoras, salienta-se o facto de 19% das mulheres rastreadas ter revelado que fumou durante a gravidez ou amamentação, realçando-se também que, entre o total dos rastreados-fumadores, 15% têm filhos com problemas respiratórios (sendo no caso dos ex-fumadores 11%).

No âmbito da cessação tabágica, mais de metade dos fumadores (64%) já tentaram deixar de fumar, embora este valor percentual desça significativamente se considerarmos apenas os que procuraram ajuda médica para esse efeito (fumadores = 6%; ex-fumadores = 5%) ou tenham utilizado algum método para deixar de fumar (fumadores = 17%; ex-fumadores = 10%). Entre os que utilizaram algum método, as pastilhas (50%) e os pensos (40%) foram os que tiveram mais adesão, tendo sido mais descurado o método através de comprimidos (apenas 10%). Os rastreados que conseguiram deixar de fumar, fizeram-no, principalmente, por questões de saúde (68%), tendo funcionado, em segundo plano, a pressão dos respectivos familiares para demover aqueles a “largar o vício” do tabaco (20%). “Voltar a fumar”, é um comportamento que não está nos planos dos ex-fumadores rastreados (99%).

Aquando da realização de esforços, 54% confronta-se com dificuldades cardio-respiratórias, concretamente, falta de ar ou muito cansaço, enquanto que no que diz respeito a problemas relacionados com o catarro do fumador, 24% respondeu que costuma ter tosse e expectoração crónicas. Dos testes de Espirometria realizados, conclui-se que os rastreados que revelaram uma situação abaixo do normal (14% com Índice de Tiffeneau <70) são, maioritariamente, os que já estiveram ou estão expostos a hábitos tabágicos (fumadores/ex-fumadores), embora se tenha registado também casos de não-fumadores com índices abaixo do normal. Os testes revelaram também que 17,6% dos rastreados já apresentam níveis “moderados” de obstrução pulmonar, tendo sido detectado 1% em situação de obstrução “grave”. As situações “muito graves” foram inexistentes. Em termos das medições de monóxido de carbono no ar expirado pelos rastreados, apesar da maior parte (73%) ter apresentado níveis normais (0-6 partes por milhão), salientam-se 26% de rastreados com níveis de toxicidade, entre os quais, 9% são casos graves (>20 ppm).

5.3.14. Alcoolismo

O consumo de álcool, à semelhança do consumo de tabaco e de substâncias ilícitas, para além de outros determinantes é também apontado, no Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, como factor prioritário a ser focado. Um dos objectivos específicos do próprio programa é a redução do consumo excessivo de álcool (<16 gr de etanol / dia nas mulheres e 24 gr / nos homens).

Para recolher informação que contribua para a caracterização do consumo de álcool no concelho, foi também incluído no questionário sobre os estilos de vida da população realizado pela Câmara municipal de Odivelas algumas questões relacionadas com o consumo de álcool dos inquiridos.

Em relação a esta problemática existe no concelho de Odivelas uma estrutura que assegura consultas de alcoologia à população: a Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas. Os recursos humanos afectos a estas consultas são 1 médico; 2 psicólogos; 1 enfermeiro e 1 administrativo.

Para a caracterização destas consultas de alcoologia e dos seus utentes, foi efectuada uma recolha de dados junto da UCCPO *do Concelho de Odivelas em Matéria de Toxicodependências*, sendo os mesmos referentes aos anos de 2004 e 2005.

Nessa caracterização foi possível verificar que o número de utentes inscritos a frequentar as consultas diminuiu 36% entre 2004 (53 utentes) e 2005 (34 utentes). Na sua grande maioria os utentes têm mais de 45 anos de idade (54,7% em 2004 e 58,8% em 2005), existindo também muitos utentes entre os 35 e os 39 anos (26,4% em 2004 e 26,5% em 2005). Em relação à freguesia de proveniência, a maioria dos utentes das consultas de alcoologia são provenientes da freguesia de Olival Basto.

Estes utentes referem que iniciaram o consumo regular de álcool entre os 16 e os 29 anos, contudo, 25% afirma ter iniciado o consumo entre os 10 e os 15 anos de idade. Em relação às principais razões para iniciar o consumo de álcool, foram apontados os problemas no local de trabalho, o serviço militar e as saídas com grupos de amigos.

Ainda no âmbito desta problemática referimos também alguns dos resultados obtidos no inquérito referido no ponto anterior sobre o consumo de álcool por parte dos alunos dos 2º e 3º ciclos do ensino básico, do secundário e profissional.

Em relação ao consumo de álcool, de acordo com a percepção do Directores de Turma, são os rapazes os maiores consumidores, sendo a idade de início entre os 13 e os 15 anos, tal como verificado para o consumo de tabaco. Os alunos que bebem com mais regularidade têm entre 16 e 18 anos. A curiosidade, necessidade de afirmação e a influência de amigos e colegas foram as razões mais referidas para a iniciação de consumo de álcool. A bebida alcoólica referida como a mais consumida é a cerveja enquanto que as bebidas espirituosas, também referidas pelos Directores de Turma, são tidas como um tipo de consumo mais pontual e recreativo.

5.3.15. Consumo de Drogas Ilícitas

Para caracterizar ao nível concelhio o consumo e abuso de drogas ilícitas foram utilizadas como fontes as estruturas de tratamento existentes no concelho de Odivelas, o Diagnóstico Inicial da Situação do Concelho de Odivelas em Matéria de Toxicodependências e relatórios da Associação Nacional das Farmácias referentes ao Programa “*Diz não a uma seringa em segunda mão*”.

No atendimento à população toxicodependente existe apenas uma estrutura no concelho de Odivelas pertencente ao Instituto da Droga e da Toxicodependência: o Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Loures-Extensão da Póvoa de Santo Adrião (CATL-EPISA), situado na freguesia da Póvoa de Santo Adrião.

Refira-se que até ao ano de 2006, existia uma outra estrutura de atendimento à população toxicodependente do concelho, designada como CAT de Santa Maria da Urmeira (CAT-SMU).

Esta estrutura, situada no Bairro de Santa Maria da Urmeira, na freguesia da Pontinha, pertencia à Prosalis (Projecto de Saúde em Lisboa), Instituição Particular de Solidariedade Social. Segundo informação transmitida por esta entidade, devido à necessidade de se efectuar obras de beneficiação nas instalações onde funcionava o CAT de Santa Maria da Urmeira, foi necessário proceder ao seu encerramento em Abril de 2006.

Durante este período, de acordo com a Prosalis foi efectuado um estudo, pela própria instituição, com o objectivo de avaliar a viabilidade da continuidade do funcionamento do CAT.

Em função dos resultados desse estudo a Prosalis informou ter optado pelo encerramento do CAT, tendo procedido ao encaminhamento dos seus utentes para outras estruturas.

Pela enorme complexidade do fenómeno em causa salientamos que os dados aqui apresentados, pelo facto de serem dados formais dos CAT's, referentes apenas aos utentes que a eles recorrem, abrangem uma pequena parcela da população toxicodependente, tendo em conta que cerca de 70% desta população não recorre ao CAT. (52).

5.3.16. CAT de Loures – Extensão da Póvoa de Santo Adrião

O total de consultas efectuadas no CATL-EP SA, nas quais se consideram consultas individuais, de serviço social, de acolhimento, atendimento à família e de enfermagem, diminuíram entre 2004 e 2005 (34,6%), tendo aumentado no ano de 2006 (47%). Em 2004, os utentes provenientes do concelho de Odivelas representavam 62,4% do total de activos, em 2005 representavam 66% e em 2006 o seu número correspondia a 70% do total de activos a frequentar as consultas.

Regista-se a não existência, em 2004 e 2006, de utentes em lista de espera. Apenas em 2005 existiam utentes em lista de espera (27).

5.3.17. ²Vivências Do Concelho:

Todas as freguesias do concelho dispõem de associações/colectividades com actividade desportiva, sendo a freguesia de Odivelas a freguesia com maior número de associações com actividade desportiva. Quanto ao número de equipamentos desportivos por freguesia, Odivelas, Pontinha e Caneças são as mais apetrechadas.

No âmbito da problemática de consumo de tabaco, o concelho de Odivelas dispõe de um programa de prevenção e tratamento do tabagismo, assegurado pelo Centro de Saúde de Odivelas e pela UCCPO, sendo que esta última, em resposta aos problemas relacionados com o alcoolismo, também assegura consultas de alcoologia aos seus utentes.

Para atendimento à população toxicodependente, após o encerramento do CAT-SMU, existe presentemente uma única estrutura no concelho: o CAT de Loures-EP SA, sendo que em 2006, 70% dos seus utentes activos eram provenientes do concelho de Odivelas.

²₅₂ No estudo sobre a situação do concelho em matéria de Toxicodependências, que cita o Relatório de Actividades de 2005 do CAT de Loures, estima-se que nos concelhos de Loures e Odivelas existiam para esse ano cerca de 3330 toxicodependentes problemáticos, mas que apenas cerca de 1000 indivíduos teriam sido abrangidos pelo CAT.

O Programa “Diz não a uma seringa em segunda mão” apresenta no concelho, desde a sua implementação em 2003, uma forte adesão por parte da população toxicodependente. Entre 2003 e 2006 o número de trocas efectuadas, no conjunto do Posto Móvel e das Farmácias aderentes, registou um aumento de cerca de 20%.

Os estilos de vida saudável estão, hoje em dia, associados a questões como a alimentação, a prática de actividade física, e os consumos de tabaco, álcool e substâncias ilícitas. Nesse sentido, foi aplicado um questionário à população do concelho de Odivelas, onde se procurou recolher informação acerca da percepção que cada indivíduo tem da sua saúde e monitorizar os respectivos estilos de vida. O universo inquirido foi constituído por 209 pessoas residentes no concelho de Odivelas.

A população abrangida pelo questionário é maioritariamente do sexo feminino, relativamente jovem, com um grau de escolaridade médio/elevado e residente nas freguesias de cariz mais urbano. O número de refeições diárias mais praticado pelos odivelenses abrangidos pelo inquérito é de quatro, sendo a casa o local preferencial para o seu consumo. A alimentação praticada é relativamente equilibrada, embora se registem alguns excessos. A maior parte dos inquiridos (78,7%) está convicta de que faz uma alimentação saudável, embora se destaquem também os 21,3% de pessoas que admitem não ter os cuidados necessários no tipo de alimentação que praticam.

Quase metade da população inquirida não pratica desporto, sendo que aqueles que mais o fazem pertencem à faixa etária dos 30-34 anos, surgindo em segundo lugar, os inquiridos com idades entre os 60 e os 64 anos. A principal motivação apontada reside no facto desta prática fazer bem à saúde, sendo o concelho de Odivelas o local mais escolhido para a sua realização.

As causas mais referidas para não se praticar exercício físico são a falta de tempo e a inexistência de equipamentos adequados. Em relação aos tempos livres, as actividades preferidas dos odivelenses que responderam ao questionário são ver televisão, passear, ler e descansar.

A maior parte dos inquiridos afirma não ter hábitos tabágicos, registando-se 23% de inquiridos fumadores. São as mulheres as que mais fumam, qualquer que seja a frequência do respectivo hábito tabágico, e é nas faixas etárias dos 25-29 e 30-34 anos que se encontram mais fumadores. O tipo de tabaco mais consumido é o cigarro.

Os odivelenses que se afirmam abstémios constituem 27,6% do universo inquirido sendo que a grande maioria (72,4%) afirma consumir bebidas alcoólicas, ainda que com maior pendor para os

que bebem raramente (37,2%). São os homens os que mais consomem bebidas alcoólicas, sendo que os mais velhos (dos 55 aos 59 anos) bebem com mais frequência do que os mais novos. O vinho é a bebida alcoólica mais consumida.

No que respeita ao consumo de substância ilícitas, a quase totalidade dos inquiridos afirma não as consumir, sendo que apenas 2,2% admitem fazê-lo muito esporadicamente. Entre os que consomem, a única droga mencionada é o haxixe e o espaço doméstico é o local mais referido para o respectivo consumo.

5.3.18. Equipamentos De Saúde

Uma rede de equipamentos de saúde, por definição, deverá proporcionar um equilíbrio entre as necessidades da procura (adequação e proximidade dos cuidados de saúde, qualidade dos serviços clínicos e das instalações) e as exigências que se colocam do ponto de vista da estruturação da oferta (dimensionamentos adequados, interligação entre serviços e níveis de cuidados, funcionalidade das instalações, expectativas dos profissionais de saúde, racionalização de custos). Assim, os equipamentos de saúde surgem como suportes físicos e privilegiados para promoção da saúde, devendo as respectivas estruturas potencializar uma funcionalidade integral adequada para a prestação de modernos cuidados de saúde. Ao assumirem uma vertente estruturante no próprio planeamento urbanístico e ordenamento do território, os equipamentos de saúde constituem um enfoque sectorial de equipamentos que determinam inegáveis benefícios em termos de ganhos de saúde para as populações.

O actual panorama dos equipamentos de saúde implantado no concelho de Odivelas, resulta de iniciativas e investimentos pontuais que, ao procurarem responder às necessidades mais prementes, foram implementadas sem qualquer tipo de planeamento e enquadramento orientador apropriado. Neste sentido, seguidamente, são apresentados alguns dados respeitantes à situação de equipamentos de saúde (rede pública) existentes no concelho de Odivelas.

5.3.19. Centros De Saúde

Em relação ao Centro de Saúde de Odivelas engloba várias Extensões; salienta-se que apenas a Sede/CATUS e a Extensão de Caneças são edifícios construídos de raiz, cuja arquitectura e construção foram projectadas/planeadas tendo por base a função do edifício, nomeadamente, quanto às valências, à funcionalidade e acessibilidade dos respectivos espaços. As restantes Extensões são edifícios adaptados (edifícios únicos ou integrados em edifício habitacional) e, por conseguinte, não apresentam as condições ideais de funcionamento. A Extensão Odivelas A é o equipamento que tem o maior número de pisos (6), seguindo-se a do Olaio com 4 pisos, sem elevador. O edifício sede encontra-se a funcionar em 3 pisos, sendo que as Extensões da Póvoa de Santo Adrião e da Quintinha funcionam com 1 piso (r/c).

Em termos das valências dos respectivos espaços, regista-se o facto de serem as Extensões de Odivelas A e Olaio as que mais estão equipadas em termos de salas de espera, gabinetes de consulta e instalações sanitárias (encontrando-se estas actualmente degradadas).

No que concerne às acessibilidades, apenas a Extensão Odivelas A está equipada com elevador, sendo inexistentes os elevadores para cadeira de rodas. As rampas de acesso fazem parte da acessibilidade de apenas 3 edifícios (Extensões Odivelas A, Caneças e Olaio).

CAPÍTULO VI

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo serão expostas as opções metodológicas relativas à justificação dos instrumentos e procedimentos para a recolha e análise dos dados obtidos neste estudo.

6.1. Introdução

O conceito de metodologia segundo Raymond Quivy, “*é a arte de aprender a descobrir e analisar os pressupostos e processos lógicos implícitos da investigação, de forma a pô-los em evidência e a sistematizá-los*”, (Quivy e Campenhoudt; 1992; p. 233).

A metodologia permite ao investigador recorrer a uma estrutura sequencial, organizada conceptualmente, possibilitando a definição prévia de todo um plano de acção.

O método é considerado como um meio para atingir os objectivos previamente estabelecidos.

Neste capítulo abordamos a metodologia utilizada na investigação, uma vez que é esta que torna possível o desenvolvimento e análise da pesquisa, bem como a confirmação ou infirmação das questões/hipóteses formuladas.

O principal objectivo da ciência é obter a veracidade dos factos, tornando o conhecimento científico diferente de todos os outros conhecimentos, pelo pilar da verdade dos factos.

No primeiro momento houve a preocupação de “*romper com os preconceitos e com as falsas evidências*” (Quivy e Campenhoudt; 1992; p. 25) no que concerne à nossa problemática – Estilos de Vida /Factores de risco de doença coronária, doença coronária e qualidade de vida, nos indivíduos em estudo na população de Odivelas. Este momento dividiu-se em três etapas:

Iniciou-se pela construção da pergunta de partida, seguindo-se a exploração de leituras bibliográficas e documentais, bem como a pesquisa no terreno sobre a população de Odivelas, sua origem, hábitos e costumes predominantes que possam ter influência na problemática. Esta, surge assim, como a última etapa do primeiro momento, que consiste na construção do referencial teórico, sendo este baseado fundamentalmente na doença coronária, seus factores de risco,

reabilitação dos indivíduos afectados pela doença, qualidade de vida e estilos de vida saudável, importância da religião na saúde, a capacitação dos indivíduos, a comunicação em saúde, dados do concelho de Odivelas, e por esta população denotar sinais de envelhecimento, abarcou-se também, o envelhecimento e saúde. Este referencial teórico permitiu a elaboração do modelo de análise e conduziu-nos à fase de observação, recolha e análise dos dados, bem como às conclusões.

Delineado o projecto académico, este foi apresentado à Directora do Centro de Saúde de Odivelas e à Direcção de Enfermagem, que o consideraram relevante para a população em estudo. Foi formalizado o pedido por escrito, tendo a Directora dado autorização para que os questionários fossem aplicados nas extensões deste Centro de Saúde, aos utentes inscritos nos ficheiros médicos, desde que os médicos que aí exercem funções o permitissem.

Perante este despacho, pesquisamos em todas as extensões do Centro de Saúde, após explicação do pretendido, em consenso com os médicos de família, utentes dos ficheiros activos que integrassem os requisitos da investigação.

A pesquisa no terreno teve início em Janeiro de 2007 até Janeiro de 2008.

6.2. Tipo de Investigação

O nosso estudo é um estudo exploratório, utilizando uma amostra não probabilística de conveniência, tendo sido usado o método quantitativo. Procedeu-se a uma análise descritiva e correlacional da população de Odivelas com idade igual ou superior a 30 anos, a nível do estilo de vida / factores de risco para a doença coronária, ansiedade estado e ansiedade traço e depressão correlacionando-os entre si e com a qualidade de vida apresentada no momento da investigação por estes indivíduos.

Tivemos em atenção a Observância dos princípios éticos geralmente aceites pela comunidade de investigadores em Ciências Sociais, tais como: autorizações, da Instituição e dos participantes, confidencialidade, honestidade nas relações estabelecidas com os participantes, respeito e garantia dos direitos dos que participam voluntariamente no trabalho de investigação.

6.3. Caracterização da Amostra

A amostra que utilizámos é uma amostra, não probabilística, de conveniência (Barreiros 1984); “ (...) tendo com base em critérios de escolha intencional com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra.” “ (...) utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível (...) (Carmo & ferreira, 1998, p.197), ou seja, consideramos como pertencentes à amostra todos os indivíduos com três ou mais factores de risco para a doença coronária ou com doença coronária diagnosticada, com idade igual ou superior a 30 anos, com os quais nos foi possível contactar, para aplicação dos instrumentos.

Devido à falta de informatização dos ficheiros clínicos do Centro de Saúde e pelo moroso trabalho da pesquisa destes, só nos foi possível aplicar 400 questionários, quatro a cada indivíduo, dos cem participantes nas diferentes freguesias do Concelho de Odivelas.

6.4. Instrumentos De Pesquisa

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992; p.157), a observação é um “conjunto de operações através das quais o modelo de análise (constituído por hipótese e por conceitos) é submetido ao teste dos factos e confrontado com os dados observáveis”.

Para levar a bom termo o trabalho de observação é preciso responder às três questões seguintes:

Observar o quê? - Suscita uma ligação entre a verificação das questões/ hipóteses formuladas e os indicadores seleccionados para o modelo de análise materializada por uma definição dos dados pertinentes, que por seu lado vão condicionar sobre quem se vai observar (observar em quem?), isto é, a delimitação do campo de análise, no espaço geográfico e social, perspectivando assim uma selecção das unidades de observação.

As duas primeiras questões vão segundo Quivy, dar lugar a uma terceira: Observar como? A partir desta questão, torna-se necessário seleccionar e elaborar os instrumentos de observação capazes de produzir a informação pretendida pelos indicadores, para que possamos submeter as questões/ hipóteses à verificação.

Assim o presente estudo exigiu a aplicação das técnicas que apresentamos de seguida.

Pesquisa Documental e Bibliográfica: “ *O levantamento de dados, primeiro passo de qualquer pesquisa científica, é feito de duas maneiras: pesquisa documental (fontes primárias) e pesquisa bibliográfica (fontes secundárias)*”, (Marconi e Lakatos; 1996, p. 57).

A pesquisa bibliográfica assentou na recolha e análise de algumas obras que contribuíram para o enriquecimento da pesquisa, tais como: livros, teses defendidas, publicações periódicas (revistas), imprensa escrita, meios audiovisuais, documentos existentes nas Juntas de freguesia e câmara Municipal de Odivelas e alertas criados na Internet de Doença coronária e qualidade de vida, durante um ano completo, onde nos foi possível ter a observância dos factos ocorridos em todo o mundo sobre esta temática e a confrontação de estudos realizados com os dados obtidos na nossa pesquisa.

Esta tem como finalidade “ (...) *colocar o pesquisador em contacto directo com tudo o que foi escrito dito ou filmado sobre determinado assunto (...)*”, (Marconi e Lakatos, 1996, p. 66).

A pesquisa documental foi elaborada através de documentos escritos (literatura referente à temática, fontes estatísticas, brochuras, roteiros, obras Municipais e Internet), em bibliotecas e arquivos. No sentido da redução do nevoeiro informacional foi necessário a selecção e a gestão da informação, de acordo com os nossos interesses e objectivos.

As leituras efectuadas, foram submetidas a uma análise/reflexão para minimizar a redundância, as zonas brancas e as contradições, sendo depois descritas na óptica do investigador.

De acordo com a conceptualização, privilegiámos neste estudo o uso do **Inquérito por Questionário**. Quivy e Campenhoudt (1992; p. 166-167), definem questionário como “ *o conjunto de perguntas que cobre todos os indicadores de todos os conceitos implicados pelas hipóteses. Cada pergunta responde a um indicador e tem por função produzir, com a sua resposta, a informação necessária*”.

“ *O inquérito por questionário pode ser definido como uma interrogação particular acerca de uma situação englobando indivíduos com o objectivo de generalizar. Neste caso o investigador intervém colocando questões, mas sem intenção explícita de modificar a situação na qual actua enquanto inquiridor*”, (Matalon e Ghidlione; 1992, p. 8).

Considerámos este tipo de entrevista mais benéfico para o nosso estudo pois todos os inquiridos estiveram sujeitos a questões previamente formuladas e ordenadas, tendo poucas oportunidades de se poderem desviar do objectivo principal do inquérito.

Ao aplicarmos o inquérito por questionário tivemos consciência da existência de uma maior possibilidade de risco de distorções e uma maior liberdade nas respostas em virtude da nossa presença como entrevistadores, pois, alguns dos entrevistados, já nos conheciam como profissional da Instituição.

Com o objectivo de obter uma informação mais completa e sistematizada o nosso instrumento é composto só por questões fechadas de escolha múltipla.

Optámos pela utilização desta técnica, porque nos permitiu colocar a um conjunto de indivíduos independentemente do seu nível de escolaridade, uma série de questões, na medida em que o inquérito por questionário foi preenchido grande parte pelo investigador ou na presença do investigador, podendo este explicar os objectivos da pesquisa e elucidar sobre o significado de questões que não fossem muito claras para os inquiridos, tendo em atenção as características da Comunidade e a idade da amostra.

Aplicámos simultaneamente, 4 questionários a cada individuo: Questionário de Avaliação de Riscos de Doença Coronária (Gonçalves, 1997), reformulado pela autora em 2007, Questionário de Auto-Avaliação da Ansiedade (Spielberg, 1986), Inventário Depressivo de Beck (BDI) 1961, aferido no nosso país por Adriano Vaz Serra, 1985, e, versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida (**WHOQOL** - Abreviado) 1998.

Questionário de Avaliação de riscos da doença coronária realizado por (Gonçalves,1997) e revisto pela autora em 2007.

Na elaboração deste questionário, foram seleccionados 20 factores de risco que estivessem na origem da doença coronária, por três informadores qualificados do “*staff*” coronário, do Hospital de Santa Maria de Lisboa, considerando-se para este estudo, os factores seleccionados e coincidentes dos 3 elementos, agrupados por itens (clínicos e comportamentais) e colocados por ordem decrescente, de factores de risco encontrados na clínica diária. Visando obter alguma informação sobre a ansiedade traço e a depressão, foram-se seleccionar dentro da escala de ansiedade de Spielberg e do questionário depressivo de Beck, alguns itens considerados pertinentes, procedendo-se à modificação de linguagem e avaliação, no sentido de obter uniformidade das questões, passando a ser constituída por uma escala com cinco possibilidades (0- nunca, 1- regularmente,

2 - algumas vezes, 3 - frequentemente, 4- sempre), para ser pedido aos indivíduos da amostra que se colocassem no quadrado que melhor traduzia a sua opinião.

As questões modificadas foram: do questionário de Auto-Avaliação de Spielberger a 20 e a 33 (anexo n.º.VII), que passaram a ser no Questionário de Factores de Risco para a Doença Coronária a número 29 e a 33, que foi modificada para a negativa (anexo n.º IV), e do Inventário de Beck (anexo n.º.VI), a número 1 (1) que passou a ser no Questionário de Factores de Risco para a Doença Coronária a n.º 20, a número 2(1), que passou para o Questionário de Factores de Risco para a Doença Coronária a questão numero 21, a numero 4 (1) que passou para o Questionário de Factores de Risco para a Doença Coronária a questão numero 22, a numero 5 (1) que passou para o Questionário de Factores de Risco para a Doença Coronária a questão numero 23, a numero 10 (1) que passou para o Questionário de Factores de Risco para a Doença Coronária a questão numero 24, a numero 11 (2) que passou para o Questionário de Factores de Risco para a Doença Coronária a questão numero 25, a numero 12 (1) que passou para o Questionário de Factores de Risco para a Doença Coronária a questão numero 26, a numero 13 (2) que passou para o Questionário de Factores de Risco para a Doença Coronária a questão numero 27, (anexo n.º IV).

As questões acrescentadas em 2007 foram:

A extensão de saúde a que pertence o utente, e o seu médico de família, para que possa haver uma maior intercomunicação pessoal de saúde/ utente, a informatização de ficheiros dos utentes por médico de família e diagnósticos clínicos bem como a fácil consulta dos processos clínicos.

A residência e a freguesia, no sentido de se poder equacionar os meios disponíveis no encaminhamento, recuperação e manutenção da qualidade de vida.

A naturalidade, em virtude da revisão bibliográfica nos alertar para o maior risco de doença coronária, em indivíduos de minorias étnicas, como da Nova Zelândia e nativos dos Estados Unidos da América e originários do Canadá.

A profissão, relacionada com o estatuto socioeconómico / habilitações literárias, que aponta para quanto maior forem as habilitações literárias, melhores serão os recursos pessoais.

O diagnóstico, em virtude de a doença coronária englobar, o enfarte do miocárdio, a angina de peito, e ainda os casos em que há intervenção cirúrgica: cirurgia de revascularização das artérias coronárias (By-pass aorto-coronário e angioplastia).

A religião que se revestiu de particular importância pelo grande número de investigações nesta centrado, e nalguns resultados relacionados com a saúde.

Ainda foi acrescentado a actividade profissional, para uma melhor compreensão de como os indivíduos fazem face aos custos das suas actividades de vida, a sua dependência de outros e que encaminhamento pode ser facultado no sentido da reintegração pessoal e sócio profissional.

Para que pudéssemos ter noção da internalidade e externalidade dos indivíduos da amostra incluímos aleatoriamente no Questionário de Avaliação de Factores de Risco para a doença coronária (anexo IV), cinco questões da Escala I-E de Roter, adaptada pelo Núcleo de Estudos de Comportamento Social, Faculdade de Motricidade Humana (FMH ,1997).

Esta escala, compreende um questionário constituído por 15 itens, cada um composto por duas alternativas, das quais somente uma deverá ser escolhida (a que melhor traduza a sua opinião), à excepção do item 15, no qual é solicitada a quantificação do esforço e da sorte necessários para se obter aquilo que se quer na vida, sendo apresentada uma escala de 0% a 100%, para cada um dos factores (esforço e sorte).

Esta escala tem por objectivo estudar de que forma os acontecimentos importantes da sociedade afectam os indivíduos.

No que concerne, à cotação da Escala I-E, esta realiza-se tendo em conta a alternativa escolhida, ou seja, para cada item deverá ser analisado se a escolha incidiu numa alternativa com características internas, ou numa com características externas. Assim, de seguida, apresentamos os itens seleccionados desta escala com as respectivas alternativas, internas ou externas.

Item 1	A - Externo	B- Interno
Item 2	A - Externo	B- Interno
Item 3	A -Interno	B- Externo
Item 4	A - Interno	B- Externo

Item 5 esforço > sorte - interno / esforço < sorte - externo

Estas introduções permite-nos uma ampla visão em vários domínios, mesmo aplicando só o Questionário de Factores de Risco para a Doença Coronária.

Inventário Depressivo De Beck (BDI), 1961, no nosso País, aferido pelo professor Dr. Adriano Vaz Serra (1985). AnexoVI.

Escala De Ansiedade De Spielberger (STAI)

A Escala de Ansiedade de Spielberger (STAI) é uma escala de auto-avaliação constituída por dois questionários destinados a medir dois conceitos distintos de ansiedade: um destinado a avaliar a forma “como se sente habitualmente”(Ansiedade Traço) e outro, a forma “como se sente neste momento” (Ansiedade Estado). Anexo VII.

WHOQOL

WHOQOL - A versão em português dos instrumentos WHOQOL foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. Anexo VIII.

O instrumento por nós utilizado foi o *WHOQOL-bref* que consta de 26 questões, sendo duas, questões gerais, e as outras 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do *WHOQOL-100* em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no *WHOQOL-bref* é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. Anexo VIII

Este questionário foi adaptado pela autora da investigação recorrendo a um informador qualificado na tradução do brasileiro, para obter melhor perceptibilidade para os portugueses, sem alterações do significado das questões.

6.5. Aplicação dos Instrumentos

A aplicação dos instrumentos foi realizada numa só sessão, a todos os sujeitos constituintes da amostra, pela autora da investigação, atendendo às considerações éticas (informação do objectivo, confidencialidade, preenchimento do consentimento informado), podendo os indivíduos tirar alguma dúvida surgida. O local onde se procedeu à sua aplicação foi na comunidade de Odivelas (sala de consulta das extensões do Centro de Saúde de Odivelas e domicilio dos doentes em Cuidados Continuados).

Pré – Teste: “ *Depois de redigido o questionário mas antes de aplicado definitivamente deverá passar uma prova preliminar. A finalidade desta prova geralmente designada como pré-teste, é evidenciar possíveis falhas na redacção do questionário, tais como: complexidade das questões, imprecisão na redacção, desnecessidades de questões, constrangimentos do informante, exaustão, etc.*” (Gil, 1995, p.132).

O objectivo do pré-teste é, portanto assegurar a validade e precisão das questões. A recolha efectuada serviu para justificar e avaliar a capacidade que cada item, incluído no questionário, tem de medir exactamente aquilo que pretendemos. Após a realização do pré-teste procedemos à elaboração final do questionário, tendo o cuidado de trabalhar a ordem em que foram colocadas as questões. Este aspecto da ordem das perguntas é muito importante, na medida em que cada questão deve ser interpretada relativamente à posição que ocupa no questionário.

A pertinência deste instrumento (questionário), prende-se principalmente com o facto de nos permitir recolher um maior número de dados no mais curto espaço de tempo, a um número elevado de sujeitos. Desta forma realizámos um pré-teste a 10 indivíduos com factores de risco de doença coronária, para que nos fosse possível esclarecer e trabalhar dúvidas suscitadas durante a sua aplicação e eventualmente proceder a reajustamentos necessários.

Após a realização do pré-teste aos utentes, achámos necessário reformular a seguinte questão:

Na página 3 do Questionário de Factores de Risco para a doença Coronária – Itens Comportamentais, questão 7 – Se mulher tomar anti concepçionais orais (pílula) há (em anos), a avaliação que era inferior ou igual(=,<) a 5 anos, 5-10, + de 10 anos passou a ser: Nunca; ≤ 5 anos ou mais de 5 anos, em virtude da faixa etária em estudo ser um elevado numero de pessoas com mais de 65 anos, muitas das quais nunca tinham tomado anti concepçionais, no nosso pré-teste em 4 mulheres questionadas, 3 nunca tinham tomado anticoncepçionais.

Do *WHOQOL-bref*, foram realizados três pré testes, sem dificuldades de compreensão.

6.6. Critérios De Selecção Da Amostra / Variáveis Consideradas Para O Estudo

Foi nosso propósito seleccionar uma **amostra não probabilística** “ (...) tendo como base em critérios de escolha intencional com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra.” Recorrendo para isso a **técnica de amostragem de conveniência**, em que “ (...) utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível (...)” (Carmo & Ferreira, 1998, p. 197).

A amostragem foi constituída por 100 participantes que após se ter realizado o primeiro contacto e lhes ter sido explicado o objectivo do estudo se disponibilizaram para a entrevista por questionário.

Tivemos como critérios de selecção, os seguintes:

- Residirem no Concelho de Odivelas;
- Estarem inscritos no Centro de Saúde de Odivelas;
- Não terem algumas doenças associadas tais como:
 - Asma;
 - Neoplasias;
 - Insuficiência renal;
 - Terem 30 ou mais anos de idade;
 - Aceitar participar no estudo;
 - Apresentar-se psiquicamente capaz para responder aos questionários, ou seja não possuir nenhuma doença psiquiátrica diagnosticada, doença de Alzheimer, aterosclerose avançada, ou estar sobre efeitos de fármacos que alterem a capacidade de resposta.

Variáveis consideradas para o estudo

Neste estudo foram consideradas as variáveis Sociodemográficas, Clínicas e Clínicas percebidas, Comportamentais dividindo-se estas em variáveis dependentes e independentes, as quais se subdividem em variáveis nominais e variáveis contínuas.

As variáveis independentes, que se consideraram foram: Doença Coronária, Factores de risco, Ansiedade, Depressão, Género e idade.

Como variáveis dependentes, tem-se a Qualidade de vida, Ansiedade e Depressão.

6.7. Questões e Objectivos de Investigação

O início desta investigação teve como pergunta de partida:

“ De que forma os estilos de vida / contextos de vida e vivências / factores de risco de doença coronária /doença coronária condicionam a qualidade de vida de indivíduos residentes no Concelho de Odivelas?”

Assim, com o propósito de encontrar resposta para o objecto em estudo formulam-se as seguintes questões, construídas com base nas variáveis seleccionadas, pela revisão teórica e experiência profissional da autora:

1. Qual o impacto dos factores de risco da Doença Coronária na Qualidade de vida de Indivíduos residentes na região de Odivelas?
2. Qual a influência da doença coronária (presente ou ausente) na Qualidade de vida de indivíduos residentes na região de Odivelas?
3. Será que existe diferença dos níveis de ansiedade entre o ter ou não Doença Coronária, em indivíduos residentes no concelho de Odivelas?
4. Será que existe diferença dos níveis de depressão entre o ter ou não Doença Coronária, em indivíduos residentes no concelho de Odivelas?
5. Qual a relação das variáveis Sociodemográficas (género e idade) na percepção da qualidade de vida?
6. Qual a relação das habilitações literárias com os factores de risco?
7. Qual a relação da condição económica com os factores de risco?

6.8. Tratamento dos Dados

Numa primeira fase procedeu-se ao estudo da consistência interna do Questionário de Factores de Risco para a Doença Coronária e O *WHOQOL-bref* (traduzido pela autora da investigação), recorrendo-se ao coeficiente Alpha de Cronbach.

Realizou-se para a totalidade da amostra, a estatística descritiva das escalas, efectuando-se para a escala dos factores de risco a distribuição percentual das respostas dos indivíduos a cada um dos itens clínicos e comportamentais, e para a Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida, além da

distribuição percentual das respostas a cada item, calculou-se a média, o desvio padrão, o mínimo, o máximo, e a mediana para os scores totais da escala QVI. Estes, conduzir-nos-ão à detecção das áreas problemáticas, passíveis de programas de intervenção.

Com o objectivo de responder às questões de investigação, aplicou-se a One Way-ANOVA, teste de Kruskal Wallis, teste t para amostras independentes, Mann-Whitney, análise de correlação. O nível de significância (α), a utilizar neste estudo será de $\alpha=0,05$. Os resultados considerar-se-ão significativos para $p<\alpha=0,05$. A significância expressa através de um valor probabilístico preciso, diz-nos quão seguros podemos estar de que os nossos resultados não se devem ao acaso. Sendo assim, equivale a assumir-mos a possibilidade de 5 em 100 dos nossos resultados se deverem ao acaso, ou a possibilidade de 95 em 100 dos nossos resultados estarem realmente correctos.

No tratamento dos dados foi utilizado o Sftware estatístico SPSS, versão inglesa 17.0.

CAPÍTULO VII

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste estudo e com base nas informações recolhidas pelos questionários, passaremos a apresentar os resultados encontrados.

7.1. Análise Estatística Do Questionário De Factores De Risco da Doença Coronária

7.1.1. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra

Foi seleccionado um conjunto de variáveis sócio demográficas que se apresentam e que se descrevem de modo sucinto no quadro nº 9, referentes ao questionário de avaliação dos factores de risco para a doença coronária.

Variáveis Sócio demográficas

Variáveis Sociodemográficas	Descrição
Género	Masculino Feminino
Idade	Em anos
Naturalidade	Lugar onde nasceu
Morada	Há quantos anos habita nesta localidade
Estado civil	Casado e ou união de facto Solteiro Viúvo/a Divorciado/a
Numero de Filhos	
Com quem habita	
Condições Habitacionais	Andar Moradia Tem elevador: Sim - Não Numero de assoalhadas Água Luz Esgotos Telefone
Quantas vezes mudou de localidade	Numero de vezes
Há quantos anos vive nesta localidade	Em numero
Quantas vezes mudou de casa	Em numero
Profissão	
Situação profissional	Reformado Activo Baixa

Variáveis Sociodemográficas	Descrição
O rendimento mensal dá-lhe para os gastos	Sim Não Às vezes
Ajudas de terceiros	Sim Não Às vezes Quem?
Habilitações literárias	Frequência escolar em anos Primeiro ciclo Segundo ciclo Terceiro ciclo Ensino superior
Aos quantos anos deixou de estudar	Em anos
Religião	
Prática	Sim Não Às vezes

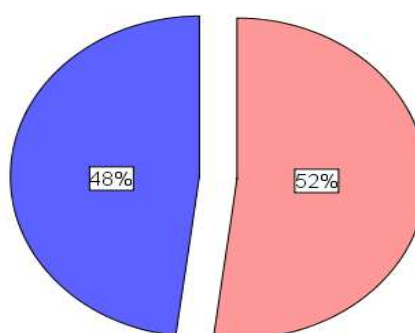
Quadro nº 9: Indicação das variáveis sócio demográficas

Género

Quanto ao género, tendo como base a totalidade da amostra (cem participantes), a representação pode-se considerar equilibrada, apesar da representação maioritária ser do género feminino, 52% (52 participantes), enquanto o género masculino apresenta uma representatividade de 48% (48 participantes) (quadro nº 10 e gráfico nº 2).

Sexo
Feminino
Masculino

	Nº resp.	%
Feminino	52	52,0
Masculino	48	48,0
Total	100	100,0



Quadro nº 10: Distribuição de frequências para o Género

Gráfico nº 2: Distribuição de frequências para o Género

Idade

	Nº respostas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	100	32	82	63,93	11,091

Quadro nº11: Medidas descritivas para a idade

Relativamente à idade (quadro nº 11 e gráfico nº 3), a idade mínima observada é de 32 anos e a máxima 82 anos, sendo a média da idade da amostra total de 63,93±11,091 anos, com a seguinte distribuição pelos diversos grupos etários:

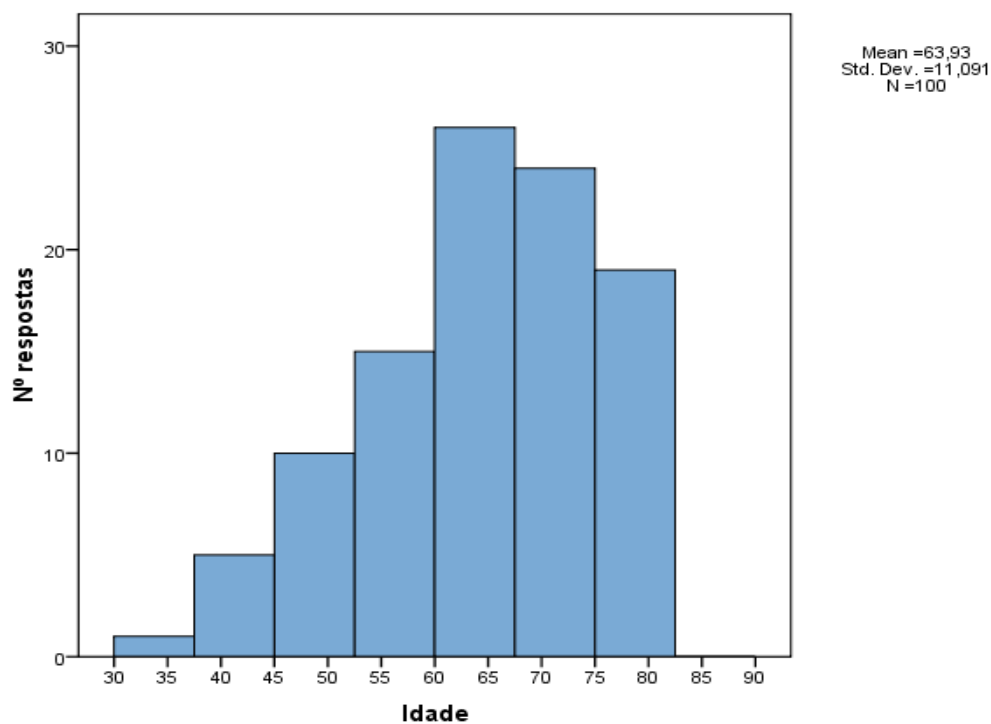


Gráfico nº3: Distribuição de frequências por grupo etário

Naturalidade

Quanto à Naturalidade (anexo IX) a grande maioria são Portugueses, originários de diversas regiões do país incluindo o arquipélago da Madeira. A amostra compreende, dois indivíduos da Madeira, dois de Moçambique, três de Cabo Verde, dois de Angola e um que não identificou a sua naturalidade.

Para uma melhor visualização agrupámos os indivíduos no mapa de Portugal por distritos (Mapa nº 5).



Mapa nº 5: Distritos relativos à naturalidade

Residência

Quanto à residência todos habitam no momento da investigação no concelho de Odivelas, nas diferentes freguesias pertencentes a este concelho (Quadro nº12). Muitos dos indivíduos mais idosos coabitam com filhos, irmãos ou outros familiares e daí terem tido preferência em dar a direcção da sua residência noutros concelhos.

Para uma melhor visualização distribuámos por freguesias os indivíduos que aí residem (Quadro nº13) e Mapa nº 6.

	Nº resp.	%
Arroja	1	1,0
Caneças	29	29,0
Casal Novo	2	2,0
Casal Privilégio	1	1,0
Figueiró dos Vinhos	1	1,0
Lisboa	1	1,0
Odivelas	45	45,0
Pedernais	1	1,0
Pombais	1	1,0
Patameiras	1	1,0
Povoa de Santo Adrião	10	10,0
Quinta das Dálias	1	1,0
Quintinha	1	1,0
Ramada	4	4,0
Tábuas - Coimbra	1	1,0
Total	100	100,0

	Nº resp	%
Caneças	31	31,0
Odivelas	49	49,0
Olival de Basto	4	4,0
Povoa de Santo Adrião	12	12,0
Ramada	4	4,0
Total	100	100,0

Quadro nº 13: Distribuição por freguesia

Quadro nº 12: Distribuição por residência



Mapa n.º 6: Freguesias do concelho de Odivelas: distribuição dos indivíduos por freguesias de residência

Estado Civil

Em relação ao estado civil (Quadro n.º 14 e gráfico n.º 4), os participantes são maioritariamente casados ou vivem em regime de união de facto (65), com uma representação total de 65%, tendo os viúvos (22) uma representação de 22%, os divorciados (7), uma representação de 7% e os solteiros (6), uma representação de 6%.

	N.º resp.	%
Casado e/ou união de facto	65	65,0
Solteiro	6	6,0
Viúvo/a	22	22,0
Divorciado/a	7	7,0
Total	100	100,0

Quadro n.º14: Distribuição de frequências do Estado Civil

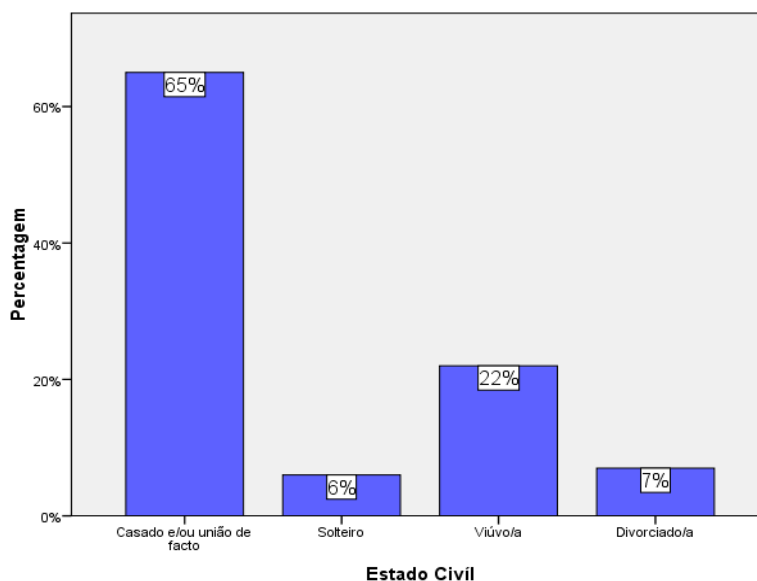


Gráfico n° 4: Distribuição de frequências do Estado Civil

Idade do Conjuge

Relativamente à idade do conjuge (Quadro n° 15), verifica-se que 68 indivíduos referem a idade do conjuge, apesar de nem todos viverem em comum, a idade mínima é de 33 anos de idade e a máxima de 83 anos, a média é de $60,18 \pm 10,742$. O gráfico n° 5, contém a distribuição por grupos etários.

	N° resp.	Mínim o	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade do cônjuge	68	33	83	60,18	10,742

Quadro n° 15: Medidas descritivas para a Idade do Conjuge

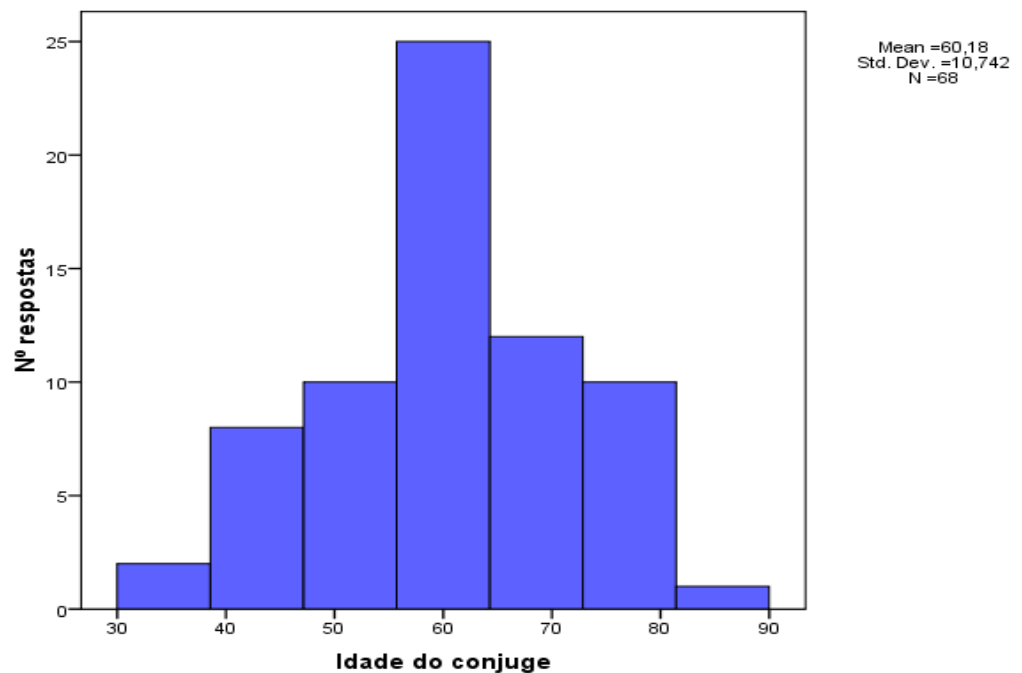


Gráfico nº 5: Distribuição por idade do conjuge

Número De Filhos

Quanto ao número de filhos (Quadro nº 16, gráfico nº 6), verificou-se que nesta amostra 36 indivíduos têm dois filhos, 36,4%; 33 só possuem um filho, 33,3%; 13 não têm filhos, 13,1%; 8 possuem três filhos, 8,1%; 5 indivíduos com 5 filhos, 5,1%; dois com 10 filhos, 2%; um indivíduo com seis filhos, 1%; um indivíduo com quatro filhos, 1% e um indivíduo que não quis preencher o quadro tendo referido que considerava que o filho não era filho.

		Nº resp.	%	% válida	% cumulada
Válidas	0	13	13,0	13,1	13,1
	1	33	33,0	33,3	46,5
	2	36	36,0	36,4	82,8
	3	8	8,0	8,1	90,9
	4	1	1,0	1,0	91,9
	5	5	5,0	5,1	97,0
	6	1	1,0	1,0	98,0
	10	2	2,0	2,0	100,0
	Total	99	99,0	100,0	
Em falta	Não respondeu	1	1,0		
Total		100	100,0		

Quadro nº 16: Distribuição por número de filhos

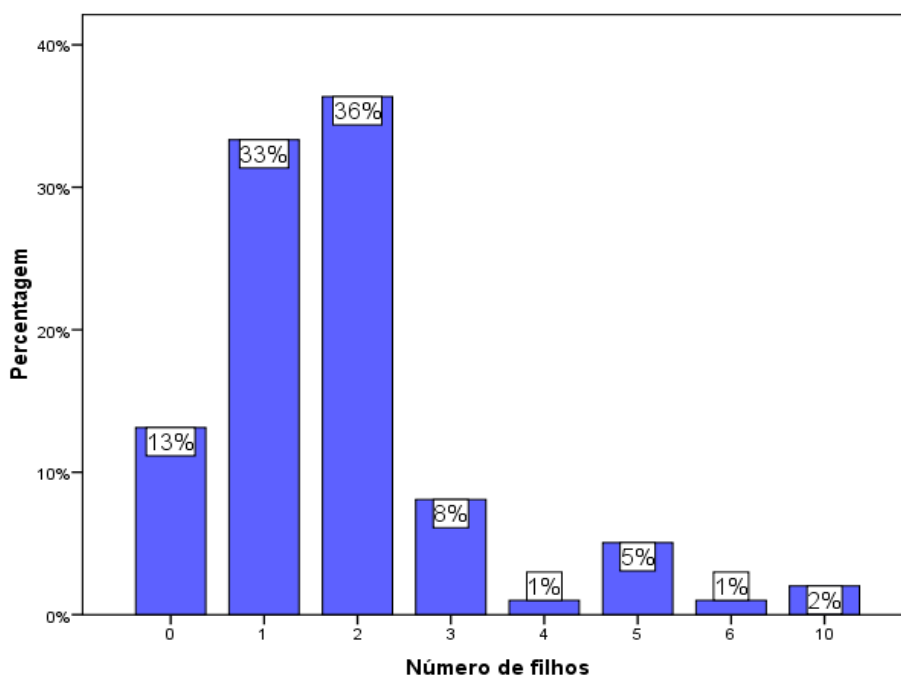


Gráfico nº 6: Distribuição por número de filhos

Pessoas com quem habita

	Nº resp.	%
Filhos	9	9,0
Filha e genro	1	1,0
Filhos e neto	2	2,0
Irmãos	2	2,0
Mãe	1	1,0
Marido	14	14,0
Marido e filhos	8	8,0
Mulher	19	19,0
Mulher e filhos	18	18,0
Mulher, filho, sogros	1	1,0
Mulher, filhos, noras e netos	1	1,0
Mulher e netos	2	2,0
Neta	1	1,0
Sozinha(o)	21	21,0
Total	100	100,0

Quadro nº 17: Com quem habita?

Relativamente às pessoas com quem vivem os inquiridos, apurou-se que vivem com o conjugue (33) indivíduos, 33%; (26) vivem com o conjugue e filhos, 26%; sozinhos vivem 21 indivíduos, 21%; 9 indivíduos vivem com os filhos; 9%, uma percentagem de 2% vivem com o conjugue e netos e também outros; 2% com irmãos; os restantes 1% vivem consoante a distribuição apresentada no quadro nº 17 e gráfico nº 7.

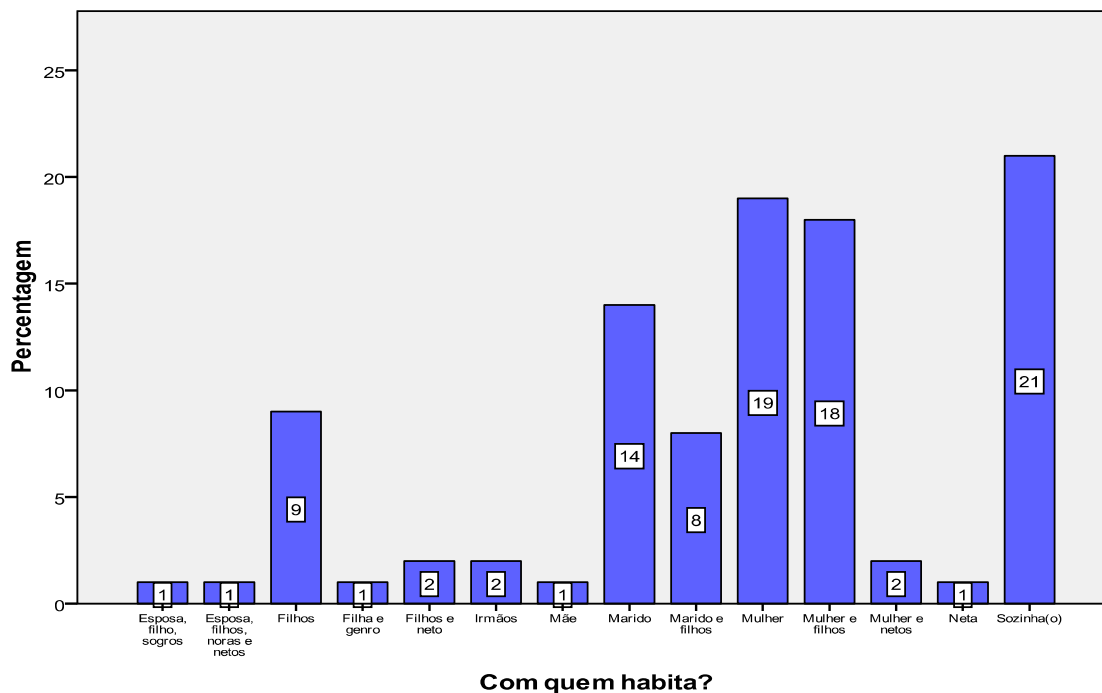


Gráfico n.º 7: Distribuição das respostas, relativamente a com quem habitam

Condições Habitacionais

Quanto às condições habitacionais: 70% dos indivíduos vivem em andares e 30% em moradias, quadro n.º 18 e gráfico n.º 8.

	N.º respostas	%
Andar	70	70,0
Moradia	30	30,0
Total	100	100,0

Quadro n.º 18: Distribuição das respostas relativamente às Condições habitacionais.

Condições habitacionais?
■ Andar
■ Moradia

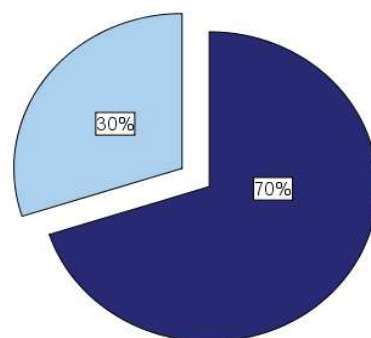
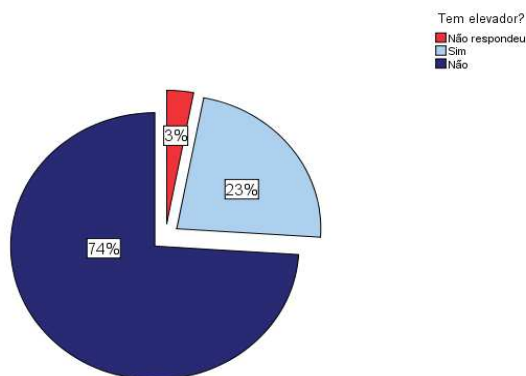


Gráfico n.º 8: Distribuição das respostas relativamente às condições habitacionais.

Tem Elevador

Quanto a possuírem elevador, quadro nº 19 e gráfico nº 9, 74 indivíduos responderam negativamente, 74%; e 23 afirmativamente, 23%; 3 indivíduos não preencheram o quadrado por estar implícito naquelas situações, habitarem em moradias sem elevador

	Nº resp.	%
Não respondeu	3	3,0
Sim	23	23,0
Não	74	74,0
Total	100	100,0



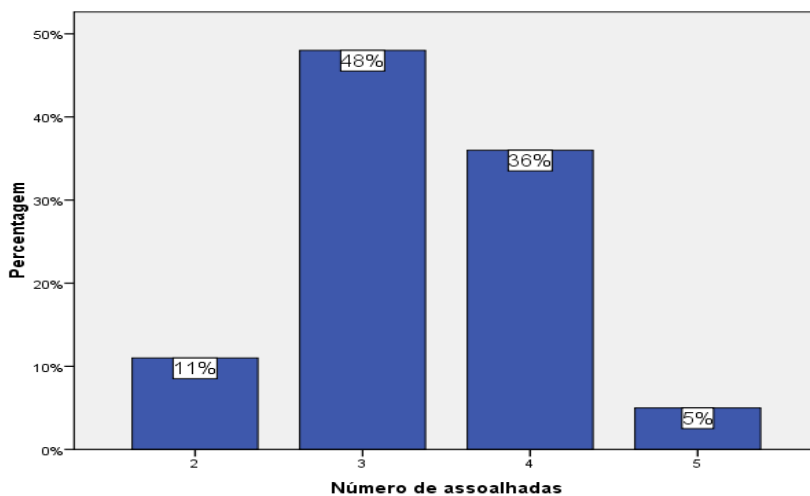
Quadro nº 19: Tem elevador?

Gráfico nº 9: Tem elevador?

Número de Assoalhadas

Quanto ao número de assoalhadas, quadro nº 20 e gráfico nº 10, 48% dos indivíduos possuem 3 assoalhadas; 36%, 4 assoalhadas; 11%, 2 assoalhadas e 5%, 5 assoalhadas.

	Nº resp.	%	% acumulada
2	11	11,0	11,0
3	48	48,0	59,0
4	36	36,0	95,0
5	5	5,0	100,0
Tota l	100	100, 0	



Quadro 20: Número de assoalhadas

Gráfico 10: Número de assoalhadas

Condições habitacionais

Relativamente à habitação, 100% dos indivíduos possuem, água canalizada, luz e esgotos e 96% possui telefone, quadro nº21 e gráfico nº11.

	Nº rep
Tem água canalizada?	100
Tem luz?	100
Tem esgotos?	100
Tem telefone?	96

Quadro nº 21: A sua habitação tem

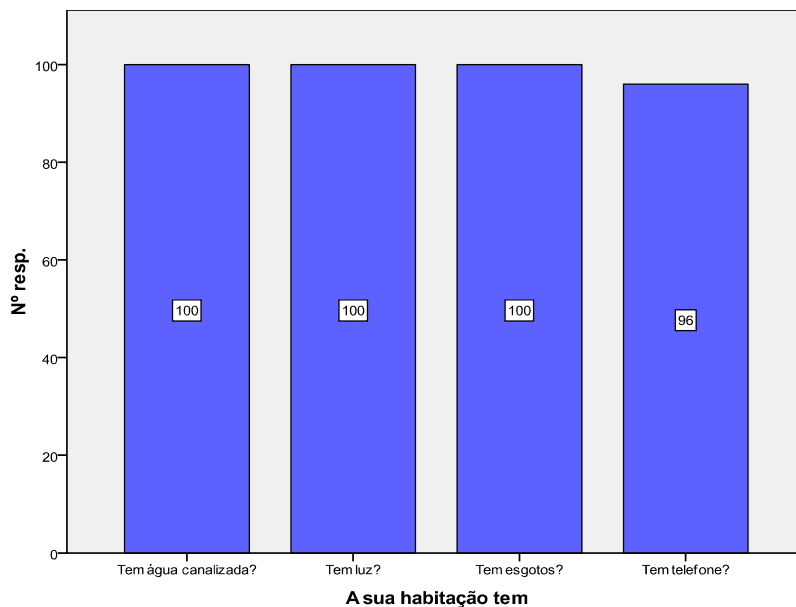


Gráfico nº 11: A sua habitação tem

Número de vezes que mudou de localidade

Quanto ao número de vezes que os indivíduos mudaram de localidade, constatámos que (25), 25% dos indivíduos mudaram de localidade 3 vezes; (19), 19% mudaram 4 vezes de localidade assim como outros (19) mudaram 1 vez; (12) mudaram 2 vezes de localidade, 12%; (11) mudaram 5 vezes de localidade, 11%; (4) indivíduos mudaram 7 vezes, 4% e (4), mudaram 6 vezes, 4%; (2) mudaram 9 vezes de localidade, 2%; enquanto (2), nunca se mudaram, 2%; (1) indivíduo mudou-se 22 vezes de localidade, 1% e outro mudou-se 8 vezes de localidade, 1% (anexo X; gráfico nº 12).

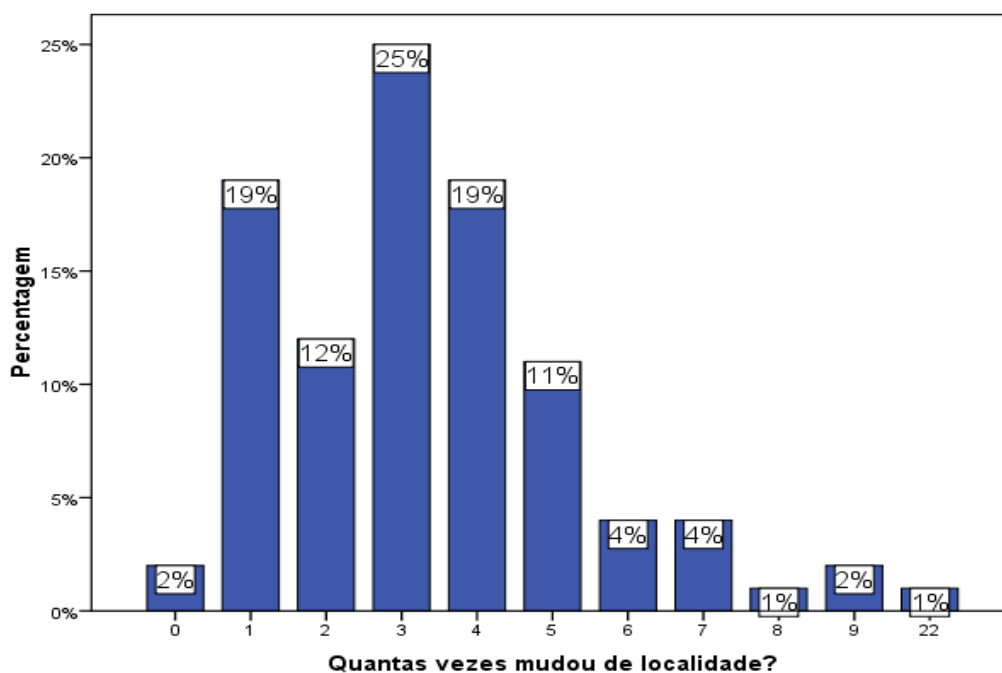


Gráfico n.º12: Número de vezes que mudou de localidade

Número de anos que vive nesta localidade

Relativamente ao número de anos que os indivíduos vivem nesta localidade (Concelho de Odivelas), o mínimo de anos foi de 1 ano e o máximo de 55 anos, sendo a média de anos de $29,30 \pm 14,202$ anos (quadro n.º 22 e gráfico n.º 13).

	N.º resp.	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Há quantos anos vive nesta localidade?	100	1	55	29,30	14,202

Quadro n.º 22: Medidas descritivas do número de anos que vive nesta localidade

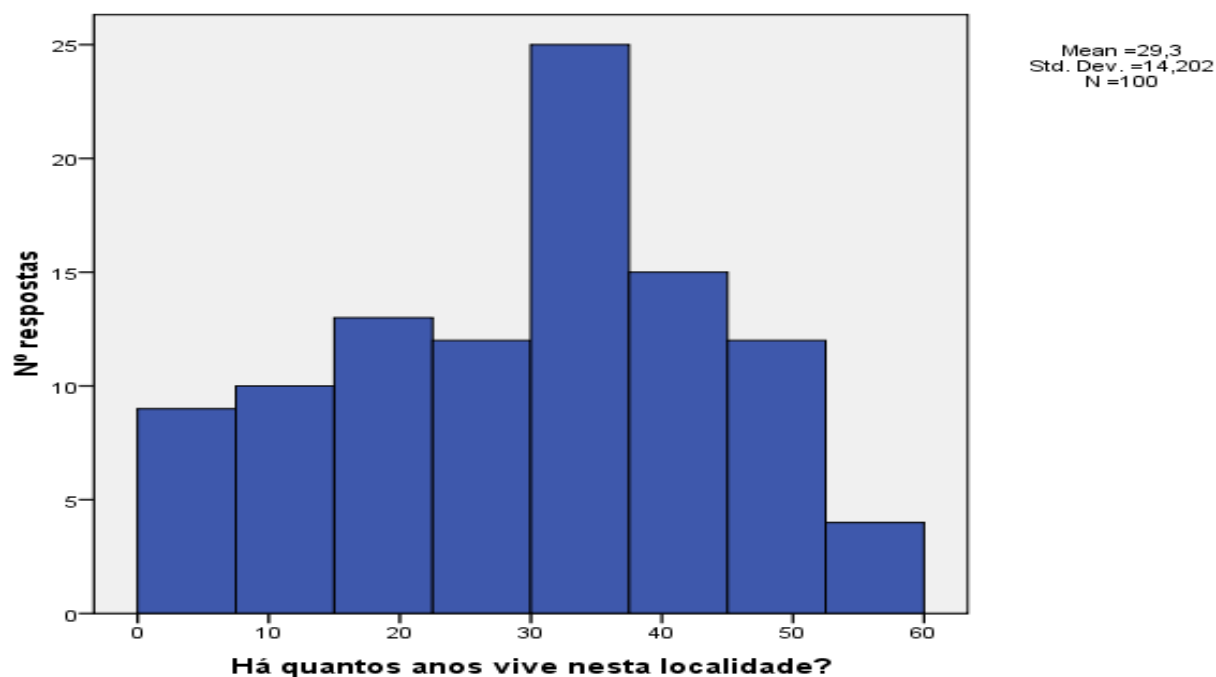


Gráfico nº 13: Distribuição por classes de anos de residência na localidade

Número de vezes que mudou de casa

	Nº respostas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Quantas vezes mudou de casa?	99	0	22	3,69	2,769

Quadro nº 23: Medidas descritivas do número de vezes que mudou de casa

No que diz respeito ao número de vezes que um indivíduo mudou de casa, o número mínimo foi zero vezes, o número máximo 22 vezes, a média $3,69 \pm 2,769$, tendo existido um participante que não respondeu, como pode ser observada a respectiva percentagem no gráfico nº 14.

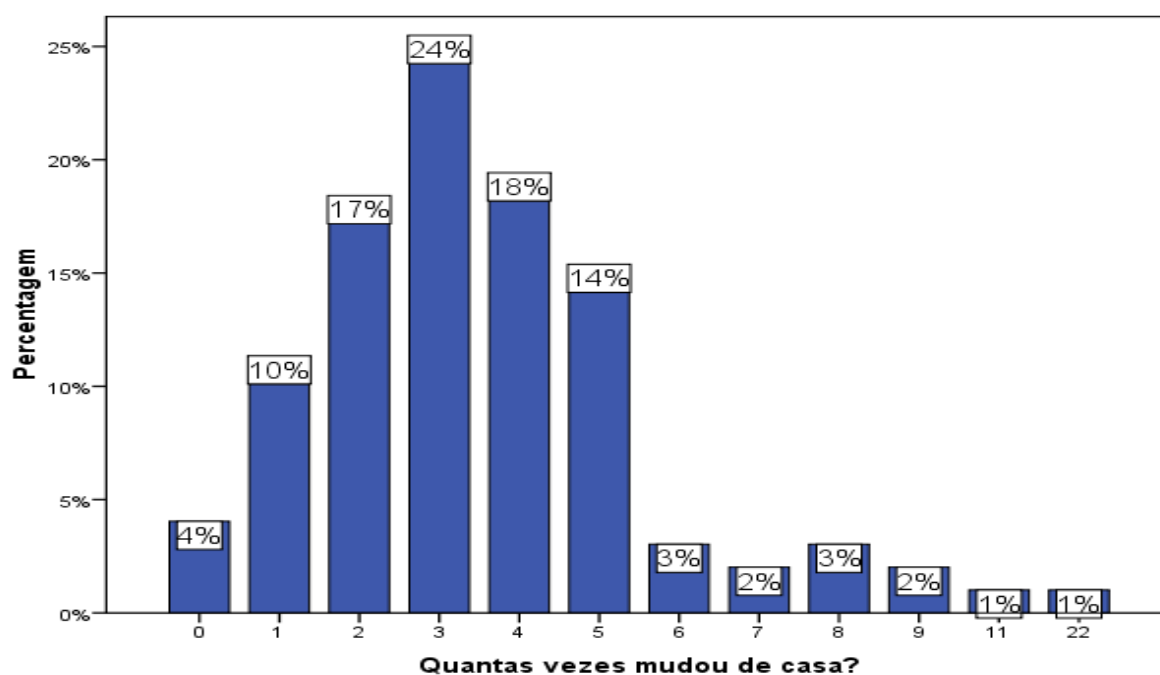


Gráfico nº14: Distribuição por número de vezes que mudou de casa

Profissões

Quanto às profissões e por existir um vasto leque de ocupações (anexo XI) categorizamo-las de acordo com a classificação nacional das profissões existentes em Portugal e da sua respectiva descrição profissional, agregando-as por grupos profissionais (fonte: INE¹), quadro nº 24. Verifica-se que a maior parte dos respondentes (45%) são operários, artífices e trabalhadores similares, seguido do pessoal dos serviços e vendedores, com 28%, e 11% dos inquiridos pertencem à categoria do pessoal administrativo e similares. Dos 100 inquiridos, 5 não indicaram a sua profissão.

¹ <http://cdp.portodigital.pt/profissoes/classificacao-nacional-das-profissoes-cnp>

Profissão	Nº resp.	%
Não respondeu	5	5
Militares	1	1
Quadros superiores da administração pública, Dirigentes e quadros superiores de empresa	1	1
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	2	2
Técnicos profissionais de nível intermédio	1	1
Pessoal administrativo e similar	11	11
Pessoal dos serviços e vendedores	28	28
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	3	3
Operários, artífices e trabalhadores similares	45	45
Operadores de instalações máquinas e trabalhadores da montagem	0	0
Trabalhadores não qualificados	4	4
Total	100	100

Quadro nº 24: Distribuição por grupo profissional, segundo classificação do INE

Situação profissional actual

No que diz respeito à situação profissional actual verificámos que 64,2% dos respondentes estão reformados, 26,3% mantêm a sua actividade profissional e 9,5% se encontram em situação de baixa. Dos 100 inquiridos, 5 não indicaram a sua situação profissional actual (quadro nº 25 e gráfico nº15).

		Nº resp.	%	% válida
Válidas	Reformado/pensionista	61	61,0	64,2
	Activo	25	25,0	26,3
	Baixa	9	9,0	9,5
	Total	95	95,0	100,0
Em falta	Não respondeu	5	5,0	
Total		100	100,0	

Quadro nº 25: Situação profissional actual

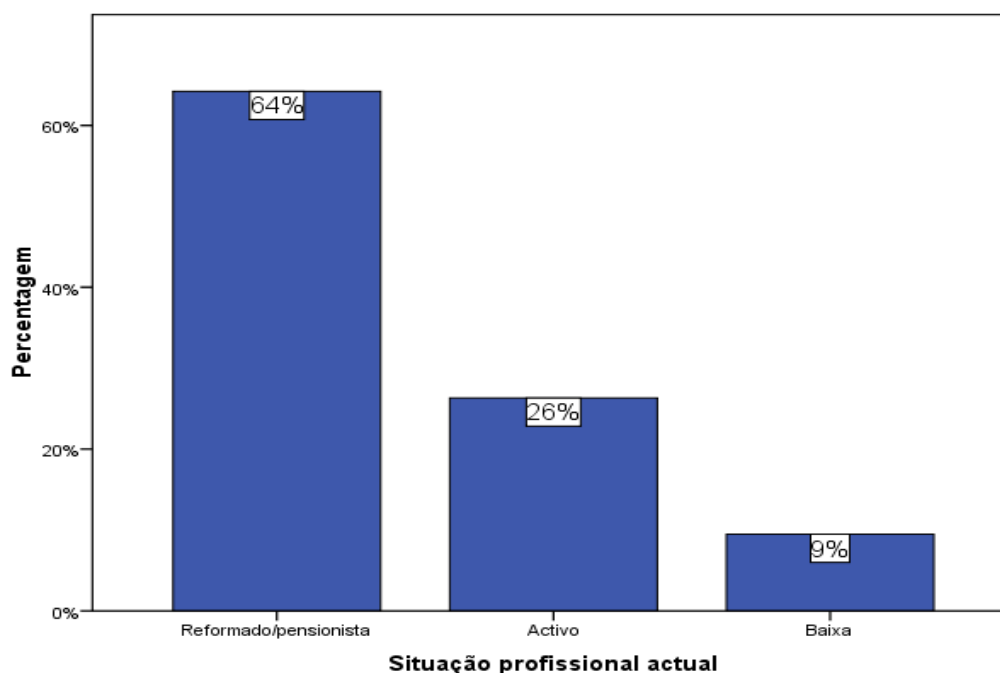


Gráfico n.º 15: Distribuição das respostas por situação profissional actual

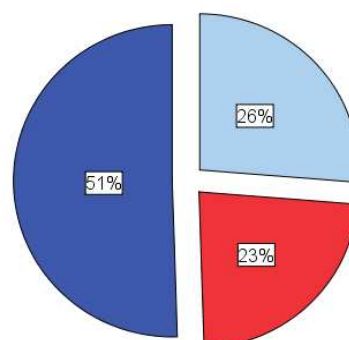
Rendimento Mensal

Em relação ao rendimento mensal (quadro n.º 26, gráfico n.º 16), 50 dos indivíduos responderam que às vezes, 50,5%; 26 indivíduos responderam afirmativamente, 26,3% ; 23 indivíduos que não, 23,2% e existiu um indivíduo que não quis responder.

		N.º resp.	%	% válida
Válidas	Sim	26	26,0	26,3
	Não	23	23,0	23,2
	Às vezes	50	50,0	50,5
	Total	99	99,0	100,0
Em falta	Não respondeu	1	1,0	
Total		100	100,0	

O seu rendimento mensal dá-lhe para os seus gastos?

Sim
 Não
 Às vezes



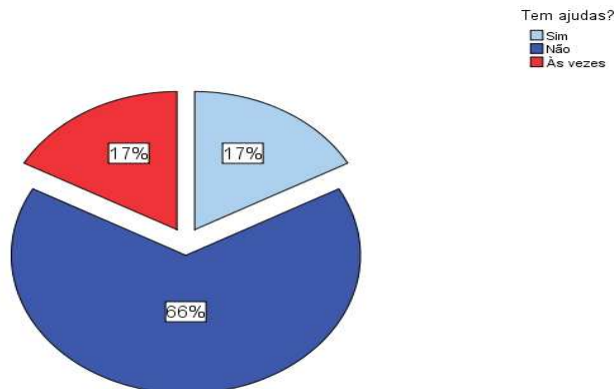
Quadro n.º 26: O seu rendimento mensal dá-lhe para os seus gastos?

Gráfico n.º 16: O seu rendimento mensal dá-lhe para os seus gastos?

Tem Ajudas?

Relativamente ao serem ajudados por outros, (66) indivíduos responderam que não; (17) que tinham ajudas e outros (17) que às vezes tinham ajuda, dando uma percentagem igual ao número de respostas como pode ser observado no quadro nº 27 e gráfico nº 17.

	Nº respostas	%
Sim	17	17,0
Não	66	66,0
Às vezes	17	17,0
Total	100	100,0



Quadro nº 27: Tem ajudas

Gráfico nº 17: Tem ajudas?

De Quem tem Ajudas?

Dos 34 inquiridos que responderam à questão anterior, sim ou às vezes, 2 (2%) não indicaram de quem tinham ajuda, 20 (20%) indicaram que tinham ajudas dos filhos, 6 (6%) do marido, 4 (4%) da segurança social, 1 (1%) do irmão e 1 (1%) da mãe (quadro nº 28).

	Nº resp.	%
Filhos	20	20,0
Irmão	1	1,0
Mãe	1	1,0
Marido	6	6,0
Segurança social	4	4,0
Total	32	32,0

Quadro nº 28: De quem tem ajudas?

Habilitações Literárias / Escolaridade

Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que a maioria dos inquiridos (69%) possui uma escolaridade baixa (4ª classe ou menos), tal como se pode ver no quadro nº 29 e no gráfico nº 18.

Habilitações literárias		
	Nº respostas	%
Não respondeu	1	1,0
Sem escolaridade	11	11,0
2ª classe	9	9,0
3ª classe	14	14,0
4ª classe	39	39,0
2ª ano do ciclo	6	6,0
5º ano liceu	3	3,0
6º ano liceu	3	3,0
7º ano	4	4,0
9º ano	5	5,0
Frequência de ensino superior	3	3,0
Licenciatura	2	2,0
Total	100	100,0

Quadro nº 29: Habilitações literárias/escolaridade

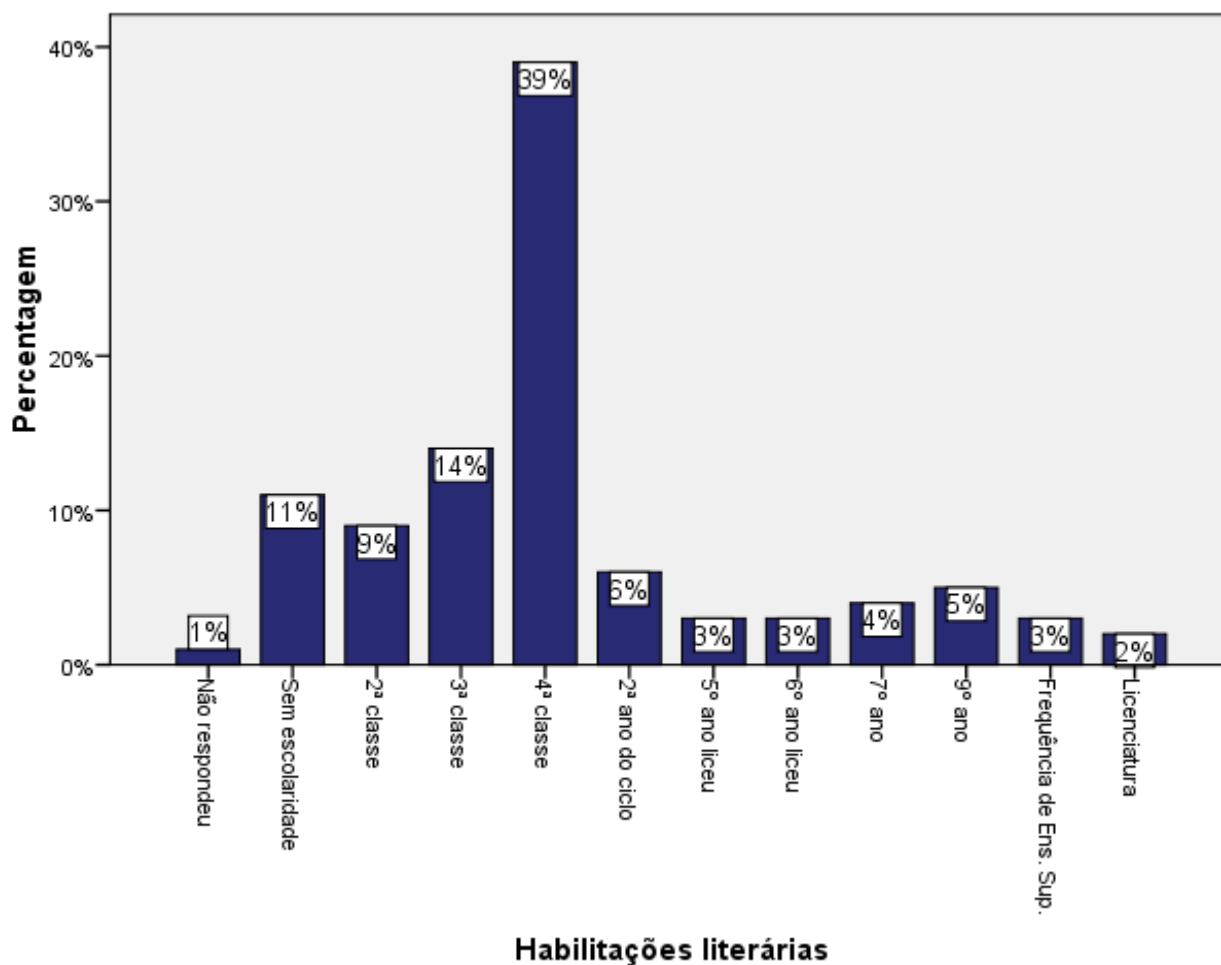


Gráfico nº 18: Habilitações literárias / Escolaridade

Idade em que deixou de estudar

Dos 100 inquiridos, apenas 89 indivíduos desta amostra frequentou o ensino. Destes, verificou-se que a idade mínima que deixou a escola foi aos 7 anos, a máxima aos 67 anos, sendo a média de idades em que deixou de estudar foi de $17,93 \pm 13,068$ anos. Um dos inquiridos não indicou a idade em que deixou a escola, (quadro nº 30 e gráfico nº 19).

	Nº resp.	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Aos quantos anos deixou de estudar?	88	7	67	17,93	13,068

Quadro nº 30: Medidas descritivas para a idade em que deixou de estudar

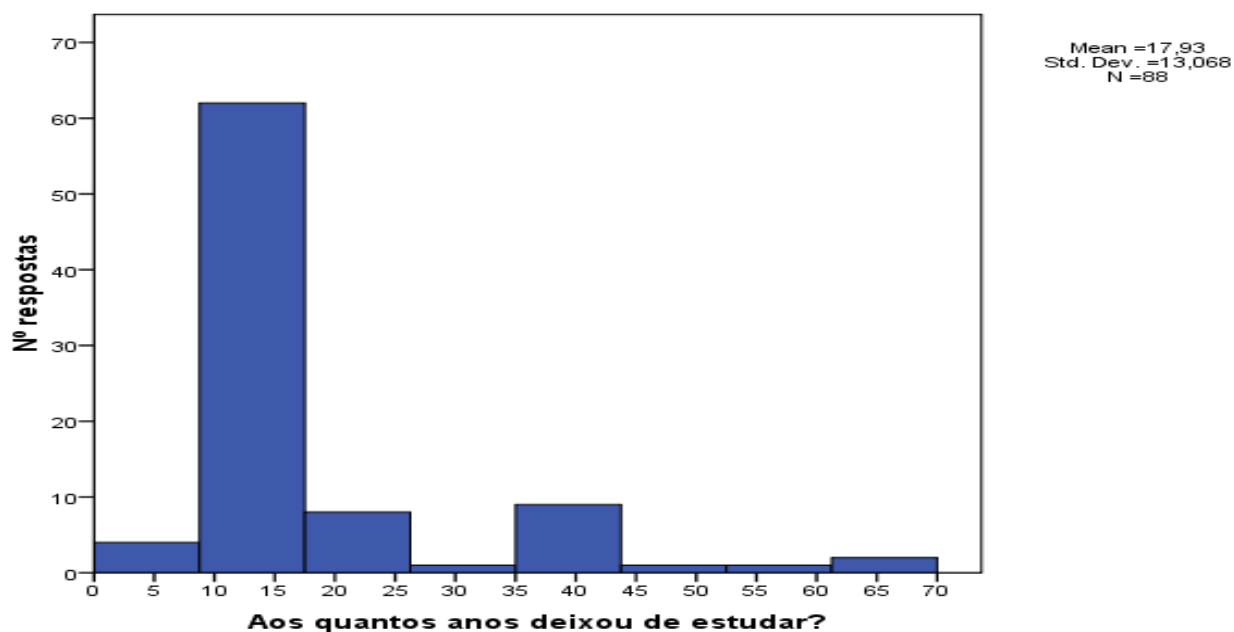


Gráfico nº 19: Distribuição da idade em que deixou de estudar

Religião

Quanto à religião, 91 (91%) dos inquiridos respondeu ser católico, 5 (5%) das pessoas referiram não ter religião, 1 (1%) indivíduo é Hindu, 1 (1%) inquirido respondeu ser Jeová, 1 (1%) indivíduo respondeu ser muçulmano e 1 (1%) não respondeu à questão (quadro nº 31 e gráfico nº 20)

	Nº resp.	%	% Válida
Não respondeu	1	1,0	1,0
Católica	91	91,0	91,0
Jeová	1	1,0	1,0
Hindu	1	1,0	1,0
Muçulmana	1	1,0	1,0
Não tem	5	5,0	5,0
Total	100	100,0	100,0

Quadro nº 31: Distribuição por religião

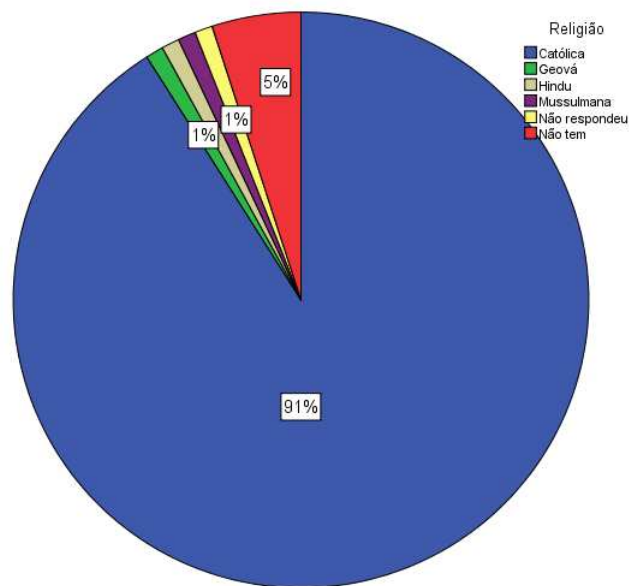
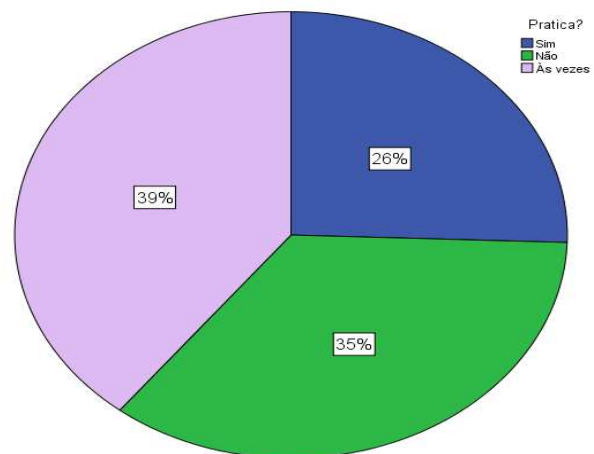


Gráfico n° 20: Distribuição por religião

Prática da religião

Quanto à prática da religião (quadro n° 32 e gráfico n° 21), a maior parte refere praticar às vezes (37%), 33% diz não praticar e 24% afirma que sim. Dos 100 inquiridos, 6 (6%) não responderam a esta questão.

		N° resp.	%	% válida
Válidas	Sim	24	24,0	25,5
	Não	33	33,0	35,1
	Às vezes	37	37,0	39,4
	Total	94	94,0	100,0
Em falta	Não respostas	6	6,0	
Total		100	100,0	



Quadro n° 32: Distribuição da prática da religião

Gráfico n° 21: Distribuição da prática de religião

7.1.2. Caracterização Clínica da Amostra

Passamos a descrever os dados obtidos através da análise estatística do questionário dos factores de risco da doença coronária. Para tal, foi utilizada a Estatística Descritiva - Distribuição Percentual das respostas da Totalidade da Amostra aos Itens Clínicos dos Factores de Risco.

As representações gráficas encontram-se depois das tabelas com as distribuições das respostas e respectivas percentagens.

Em relação aos itens clínicos subdividimo-los em dois grupos: os de diagnóstico clínico (da ficha médica) e o diagnóstico percebido pelo indivíduo ou seja, quando questionados sabem identificar.

Quanto ao diagnóstico clínico (anexo XII) dada a variedade de diagnósticos, procedeu-se à contagem dos casos com as patologias que os constituíam, segundo a literatura, factores de risco para doença coronária (quadro n^o 33).

	N ^o resp.	%
Angina de peito	43	43
Hipertensão	82	82
Hipercolestorelémia	69	69
Diabetes Mellitus	65	65
Hereditariedade	8	8
Obesidade	36	36
Stress	31	31
Enfarte	16	16
Doença Coronária	60	60

Quadro n^o 33: Diagnóstico Clínico

De seguida, são apresentados os resultados das respostas do conjunto de **variáveis clínicas**, que contribuem para caracterizar os participantes em relação aos **dados clínicos percebidos**, **objectivos**.

	Sim		Não		Não sei		Total	
	N ^o resp.	%	N ^o resp.	%	N ^o respostas	%	N ^o respostas	%
Ter antecedentes familiares - hereditariedade (ter na família, pai, mãe, irmãos com problemas cardíacos).	65	65	11	11	24	24	100	100
Ter diabetes mellitus (açúcar no sangue ou na urina), aumentados.	57	57	29	29	14	14	100	100
Pesar mais do que o normal, para a sua altura - Obesidade.	56	56	38	38	6	6	100	100
Ter hipercolesterolemia (níveis de colesterol elevados).	54	54	17	17	29	29	100	100
Ter hipertensão (tensão arterial elevada).	83	83	11	11	6	6	100	100

Quadro n^o 34: Distribuição das respostas dos itens clínicos percebidos

Antecedentes Familiares

Relativamente aos **antecedentes familiares**, 65 indivíduos responderam que têm antecedentes familiares com doença coronária, 65%; 11 indivíduos dizem não ter antecedentes de Doença coronária, 11% e 24 indivíduos não sabem se existe antecedentes de Doença coronária, 24% (gráfico n^o 22).

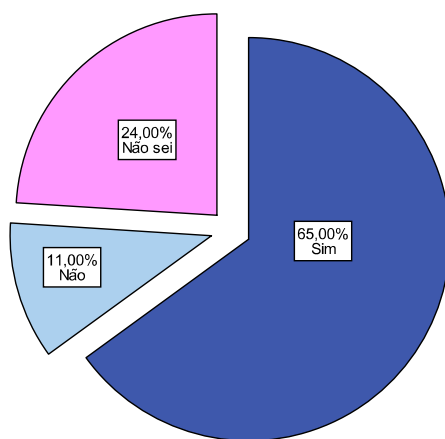


Gráfico n^o 22: Distribuição das respostas relativas aos antecedentes familiares

Diabetes Mellitus

Quanto aos indivíduos na altura dos questionários terem **diabetes Mellitus** (gráfico nº 23) , 57 indivíduos sabem que têm açúcar no sangue ou na urina aumentado, 57%; 29 indivíduos referem não terem diabetes, 29% e 14 indivíduos, 14%, não têm conhecimento se têm ou não açúcar aumentado no sangue ou na urina.

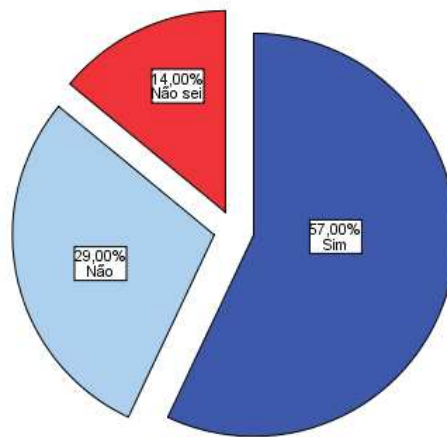


Gráfico nº 23: Distribuição das respostas relativas à Diabetes Mellitus

Pesar Mais Que O Normal Para A Altura – Obesidade

Em relação ao **pesar mais que o normal para a altura – obesidade** (relativa aos índices de massa corporal) (gráfico nº 24), 56 indivíduos referem pesar mais que o normal para a sua estatura, 56%; 38 indivíduos dizem não pesar mais que o normal para a sua altura, 38% e 6 indivíduos dizem não saber se pesam ou não mais que o normal para a sua altura, 6%.

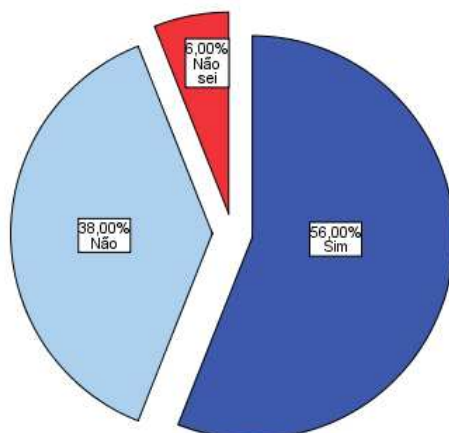


Gráfico n° 24: Distribuição das respostas relativas a pesar mais do que no normal

Hipercolesterolémia

No que diz respeito a ter **níveis de colesterol elevados** (gráfico n° 25), **hipercolesterolémia**, 54 indivíduos têm conhecimento da elevação dos seus níveis de colesterol, 54%; 17 indivíduos referem não ter níveis de colesterol elevados, 17% e 29 dizem não ter conhecimento de ter níveis de colesterol elevados, 29%.

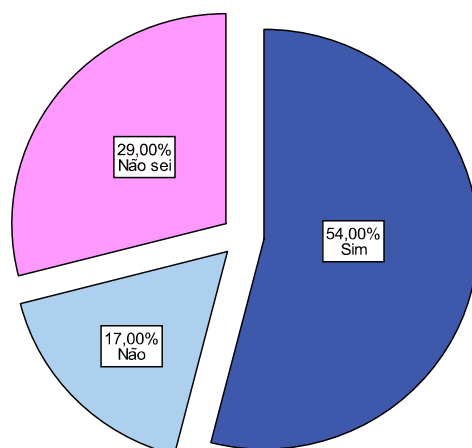


Gráfico n° 25: Distribuição das respostas relativas a ter hipercolesterolémia

Hipertensão Arterial

Quanto aos valores tencionais, **hipertensão arterial** (gráfico nº 26), 83 inquiridos referem ter aumento dos valores da tensão arterial, 83%; 11 dizem não ter aumento dos valores da tensão arterial, 11% e 6 indivíduos não têm conhecimento se têm ou não valores da tensão arterial aumentados, 6%.

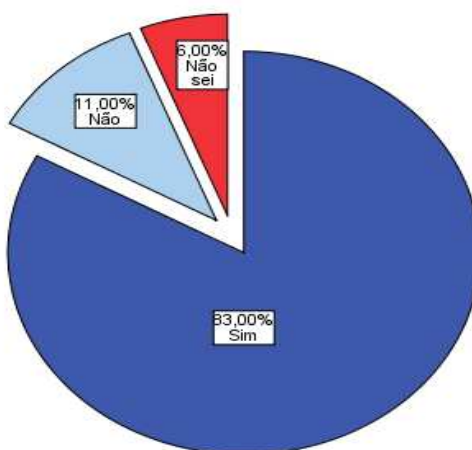


Gráfico nº 26: Distribuição das respostas relativas à hipertensão

Em suma, a maioria dos indivíduos da amostra revelaram pesar mais do que o normal para a sua altura (56%) e a esmagadora maioria diz ter hipertensão (tensão arterial mais de 159/90 mm Hg) (83%). A maioria destes inquiridos (57%) têm diabetes (açúcar no sangue e na urina) e revelam ter hipercolesterolemia (níveis de colesterol no sangue entre 140 a 180 mg/dl), (54%). Quanto aos antecedentes familiares 65% revela ter antecedentes, 24% não tem antecedentes e 11% não sabe.

Seguidamente, vai se proceder ao cruzamento de informação entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico percebido pelos indivíduos constituintes da amostra.

Hereditariedade

Diagnóstico percebido Diagnóstico Clínico			Ter antecedentes familiares - hereditariedade (ter na família, pai, mãe, irmãos com problemas cardíacos).			Total
			Sim	Não	Não sei	
Hereditariedade	Não	Nº resp.	57	11	24	92
		% dentro Hereditariedade	62,0%	12,0%	26,1%	100,0%
	Sim	Nº resp.	8	0	0	8
		% dentro Hereditariedade	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total		Nº resp.	65	11	24	100
		% dentro Hereditariedade	65,0%	11,0%	24,0%	100,0%

Quadro nº 35: Hereditariedade v.s. Ter antecedentes familiares - hereditariedade (ter na família, pai, mãe, irmãos com problemas cardíacos).

A partir do quadro nº 35, pode verificar-se que dos 92 casos em que o médico não referiu existir antecedentes clínicos (hereditariedade), 62%, (57) dos respondentes afirmam ter. Assim como dos 8 indivíduos que estão referenciados pelo médico como tendo antecedentes familiares (hereditariedade), todos referem ter.

Diabetes Mellitus

Diagnóstico Percebido Diagnóstico clínico			Ter diabetes mellitus (açúcar no sangue ou na urina), aumentados.			Total
			Sim	Não	Não sei	
Diabetes Mellitus	Não	Nº resp.	0	26	9	35
		% dentro Diabetes Mellitus	0,0%	74,3%	25,7%	100,0%
	Sim	Nº resp.	57	3	5	65
		% dentro Diabetes Mellitus	87,7%	4,6%	7,7%	100,0%
Total		Nº resp.	57	29	14	100
		% dentro Diabetes Mellitus	57,0%	29,0%	14,0%	100,0%

Quadro nº 36: Diabetes Mellitus v.s. Ter diabetes mellitus (açúcar no sangue ou na urina), aumentados.

A partir do quadro nº 36, pode ver-se que dos 35 indivíduos referenciados pelo médico como não tendo Diabetes Mellitus, nenhum respondeu ter a patologia em questão, 74,3% (26) responderam não ter e 9 (25,7%) afirmaram não saber. Quanto aos indivíduos referenciados pelo médico como tendo a patologia (65), 87,7% (57) afirmam ter, 3 (4,6%) afirmam não ter e 5 (7,7%) não sabem.

Obesidade v.s. Pesar mais do que o normal, para a sua altura - Obesidade.

Diagnóstico percebido Diagnóstico clínico			Pesar mais do que o normal, para a sua altura - Obesidade.			Total
			Sim	Não	Não sei	
Obesidade	Não	Nº resp.	22	38	4	64
		% dentro Obesidade	34,4%	59,4%	6,3%	100,0%
	Sim	Nº resp.	34	0	2	36
		% dentro Obesidade	94,4%	,0%	5,6%	100,0%
Total		Nº resp.	56	38	6	100
		% dentro Obesidade	56,0%	38,0%	6,0%	100,0%

Quadro nº 37: Obesidade v.s. Pesar mais do que o normal, para a sua altura - Obesidade.

A partir do quadro nº 37, pode ver-se que dos 64 indivíduos referenciados pelo médico como não sofrendo de Obesidade, 22 (34,4%) respondeu que sim, 38 (59,4%) responderam que não e 4 (6,3%) afirmaram não saber. Quanto aos indivíduos referenciados pelo médico como tendo obesidade (36), 94,4% (34) afirmam ter e 2 (5,6%) afirmam não saber. As diferenças encontradas entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico percebido, podem dever-se ao facto de a questão estar mal formulada, ou seja, refere-se ao pesar mais do que o normal, que inclui os indivíduos com excesso de peso e obesos.

Hipercolesterolemia

Diagnóstico percebido			Ter hipercolesterolemia (níveis de colesterol elevados).			Total
			Sim	Não	Não sei	
Diagnóstico clínico			Sim	Não	Não sei	Total
Hipercolesterolemia	Não	Nº resp.	2	15	14	31
		% dentro Hipercolesterolemia	6,5%	48,4%	45,2%	100,0%
	Sim	Nº resp.	52	2	15	69
		% dentro Hipercolesterolemia	75,4%	2,9%	21,7%	100,0%
Total		Nº resp.	54	17	29	100
		% dentro Hipercolesterolemia	54,0%	17,0%	29,0%	100,0%

Quadro nº 38: Hipercolesterolemia v.s. Ter hipercolesterolemia (níveis de colesterol elevados).

Em relação ao quadro nº 38, pode ver-se que dos 31 indivíduos referenciados pelo médico como não apresentando Hipercolesterolemia, 2 (6,5%) responderam que sim, 15 (48,4%) responderam que não e 14 (45,2%) afirmaram não saber. Quanto aos indivíduos referenciados pelo médico como tendo Hipercolesterolemia (69), 75,4% (52) afirmam ter, 2 (2,9%) afirmam não ter e 15 (21,7%) afirmam não saber.

Hipertensão

Diagnóstico percebido			Ter hipertensão (tensão arterial elevada).			Total
			Sim	Não	Não sei	
Diagnóstico clínico			Sim	Não	Não sei	Total
Hipertensão	Não	Nº resp.	3	11	4	18
		% dentro Hipertensão	16,7%	61,1%	22,2%	100,0%
	Sim	Nº resp.	80	0	2	82
		% dentro Hipertensão	97,6%	,0%	2,4%	100,0%
Total		Nº resp.	83	11	6	100
		% dentro Hipertensão	83,0%	11,0%	6,0%	100,0%

Quadro nº 39: Diagnóstico clínico Hipertensão v.s. Diagnóstico percebido hipertensão (tensão arterial elevada).

Relativamente ao quadro nº 39, pode ver-se que dos 18 indivíduos referenciados pelo médico como não apresentando Hipertensão, 3 (16,7%) responderam que sim, 11 (61,1%)

responderam que não e 4 (22,2%) afirmaram não saber. Quanto aos indivíduos referenciados pelo médico como tendo Hipertensão (82), 97,6% (80) afirmam ter e 2 (2,4%) afirmam não saber. As diferenças encontradas entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico percebido, nomeadamente nos não referenciados pelo médico como sendo hipertensos, poderá dever-se à percepção que os indivíduos têm da hipertensão, muitas vezes com uma medição ocasional.

7.1.3. Itens Comportamentais

De seguida são apresentados as distribuições das respostas relativas aos itens comportamentais.

Tabaco

	Nunca		Algumas vezes		Regularmente		Frequentemente		Sempre		Total	
	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%
Tabaco (fumo, (ei) mais de 5 cigarros por dia, durante alguns anos)	54	54	8	8	9	9	15	15	14	14	100	100

Quadro nº 40: Itens comportamentais - 1

Quanto ao numero de cigarros fumados por dia por indivíduo, 54 pessoas referem nunca ter fumado (54%), que 8 indivíduos fumam ou fumaram algumas vezes(8%), 9 dos inquiridos fumam ou fumaram regularmente (9%), frequentemente 15 indivíduos fumam ou fumaram (15%) e 14 (14%) da população inquirida fumam ou fumaram sempre (quadro nº 40, gráfico nº 27).

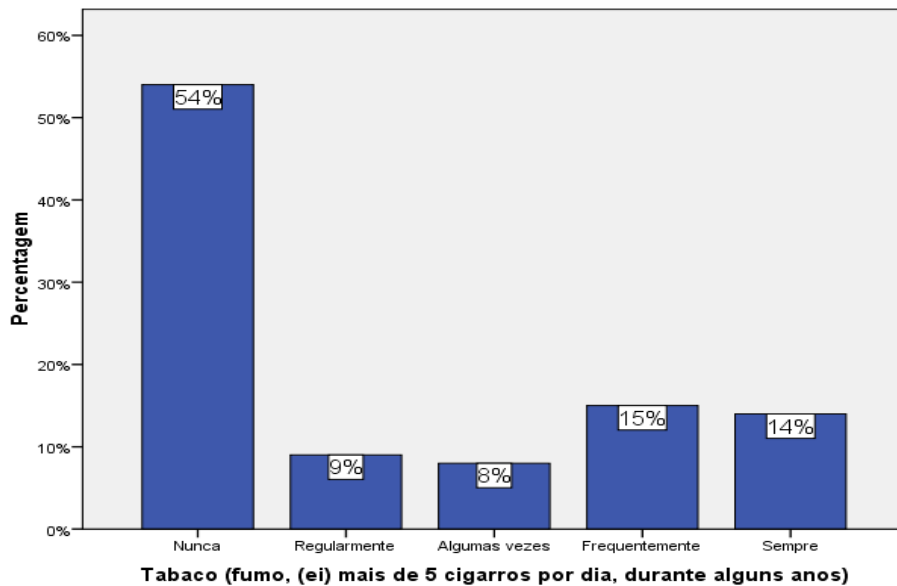


Gráfico n.º 27: Distribuição das respostas relativamente ao consumo de tabaco

Consumo de anti concepcionais

	Não respondeu		Nunca		<=5		5 - 10		10 - 20		+ 20		Total	
	N.º resp.	%	N.º resp.	%	N.º resp.	%	N.º resp.	%	N.º resp.	%	N.º resp.	%	N.º resp.	%
Se mulher: tomo (ou) anti-concepcionais orais (pílula) há (em) anos)	18	36	16	32	10	20	3	6	3	6	0	0	50	100

Quadro n.º 41: Itens comportamentais - 2

Em relação aos **anticoncepcionais** 18 mulheres não responderam (36%), 16 nunca tomaram (32%), 10 mulheres (20%), tomaram anticoncepcionais menos ou até 5 anos; 3 mulheres (6%), tomaram anticoncepcionais entre 5 e 10 anos; 3 (6%) das inquiridas tomaram anticoncepcionais entre 10 e 20 anos; Nenhuma mulher do Universo tomou anticoncepcionais mais de 20 anos (quadro n.º 41, gráfico n.º 28).

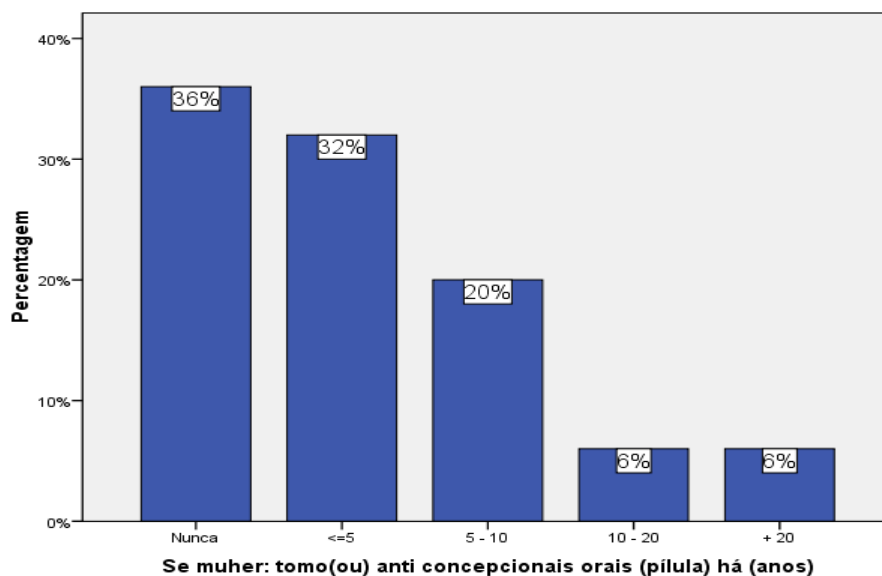


Gráfico n.º 28: Distribuição das respostas relativamente ao consumo anti concepcionais

Relativamente aos itens 8 a 41, o quadro geral é apresentado no anexo XIII, apresentando-se aqui, a distribuição das respostas pelas representações gráficas correspondentes a cada um dos itens.

Consumo de Gorduras

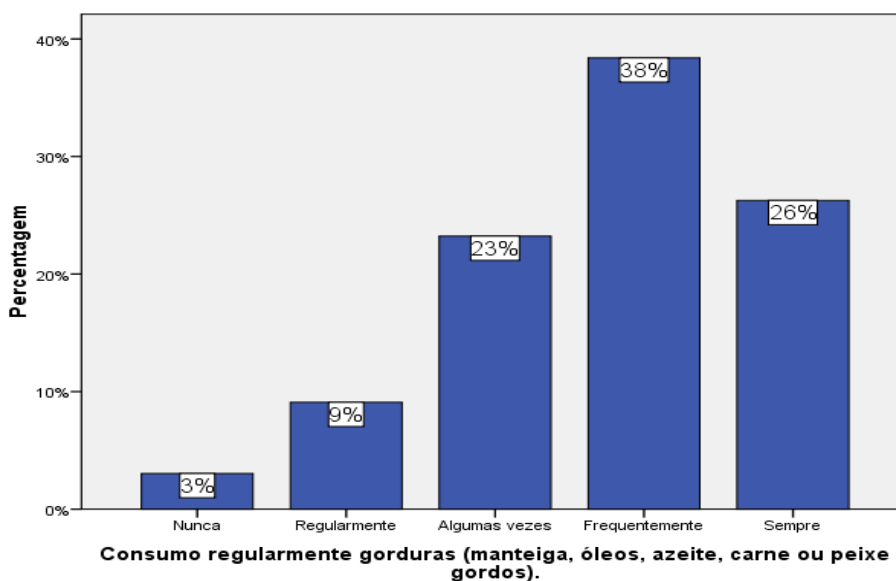


Gráfico n.º 29: Distribuição das respostas quanto ao consumo de gorduras

Quanto ao **consumo de gorduras** (gráfico n.º 29) nesta amostra foi apurado que 3 indivíduos referem nunca ingerirem regularmente gorduras (3%); 9 (9%), consomem regularmente; 24 (24%), consomem algumas vezes gorduras; 38 inquiridos (38%), dizem consumir gorduras frequentemente e 26 indivíduos (26%), referem consumir gorduras sempre.

Consumo de Álcool

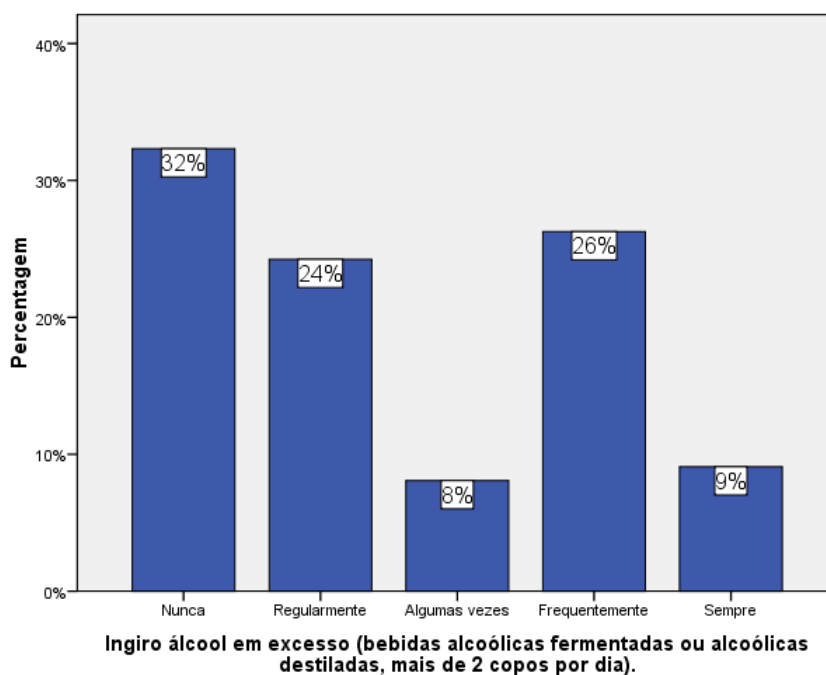


Gráfico n.º 30: Distribuição das respostas quanto ao consumo de álcool

Em relação ao **consumo de álcool** (gráfico n.º 30) verifica-se que: 32 inquiridos (32,3%), referem nunca consumir mais de dois copos por dia; 24 (24,2%), referem consumir regularmente mais que dois copos por dia; 8 indivíduos (8,1%), dizem ingerir algumas vezes; 26 (26,3%), responderam que ingerem frequentemente mais de dois copos por dia; 9 indivíduos (9,1%), diz consumir sempre mais de dois copos de bebidas alcoólicas por dia e um indivíduo não respondeu.

Excesso de Trabalho

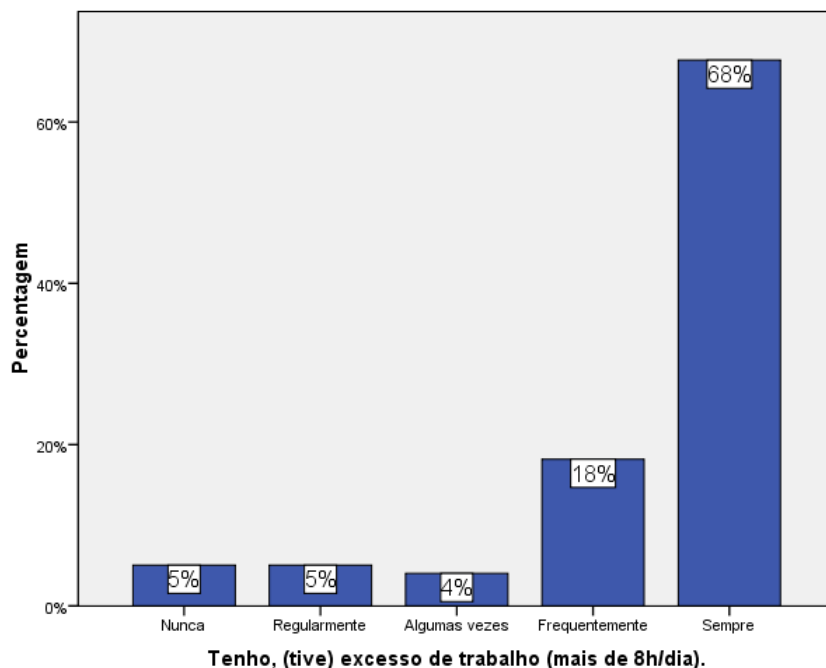


Gráfico nº 31: Distribuição das respostas quanto ao excesso de trabalho

Quanto ao **excesso de trabalho**, 5 (5,1%), referem nunca ter tido excesso de trabalho (trabalhar mais de 8 h/dia), 5 indivíduos (5,1%), responderam que regularmente têm ou tiveram excesso de trabalho; 4 % diz que algumas vezes trabalha ou trabalhou mais de 8 h/dia; 18 (18,2%) dos inquiridos dizem que frequentemente têm excesso de trabalho; 67 (67,7%) da amostra respondeu que sempre têm ou tiveram excesso de trabalho; 1 participante na amostra não respondeu (gráfico nº 31).

Actividade Física

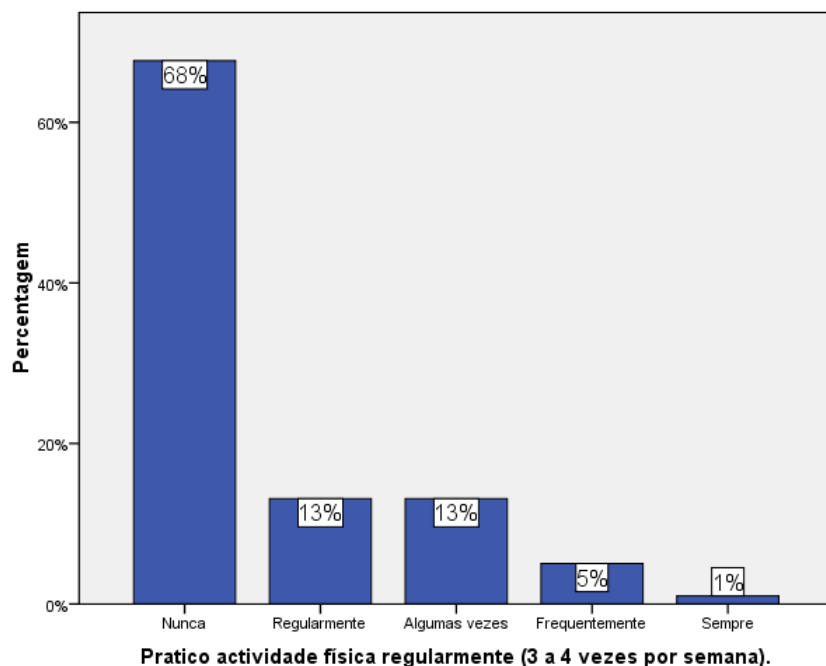


Gráfico n° 32: Distribuição das respostas quanto à actividade física

Relativamente à prática de **actividade física regularmente (3 a 4 vezes por semana)** verificou-se nesta amostra que 67,7% dos indivíduos não pratica actividade física; 13,1% praticam regularmente e algumas vezes actividade física; (a mesma percentagem de inquiridos); 5,1 % assumem praticar frequentemente actividade física e 1% diz praticar sempre (3 a 4 vezes por semana) actividade física (gráfico n° 32).

Forma como se Desloca

Quanto **ao meio como se deslocam** no seu dia a dia (gráfico n° 33), 4% dos inquiridos diz nunca se deslocar de carro ou de transporte público; 6,15% refere deslocar-se de carro ou de transporte público regularmente; 19,2% dos indivíduos responderam que se deslocam algumas vezes de carro ou de transporte público; 30,3% dos indivíduos desta amostra dizem que frequentemente se deslocam de carro ou de transporte público e 40,4% assumem deslocar-se sempre de carro ou de transporte público.

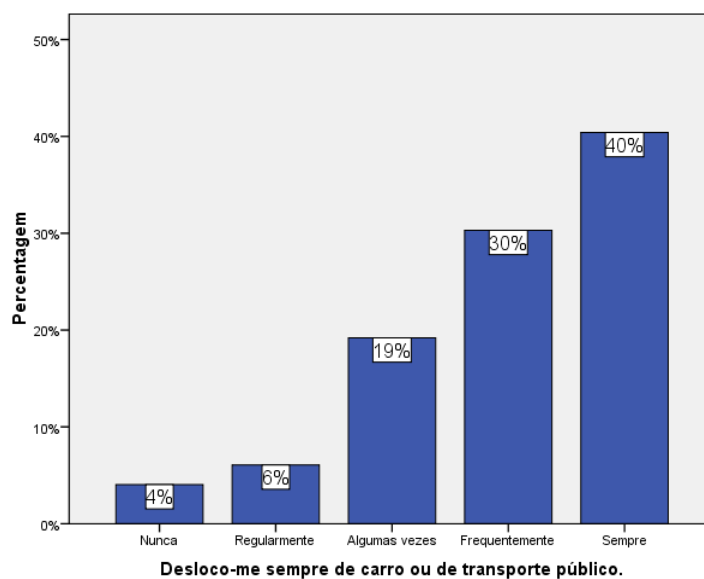


Gráfico n.º 33: Distribuição das respostas quanto à forma como se desloca

Trabalho Sedentário

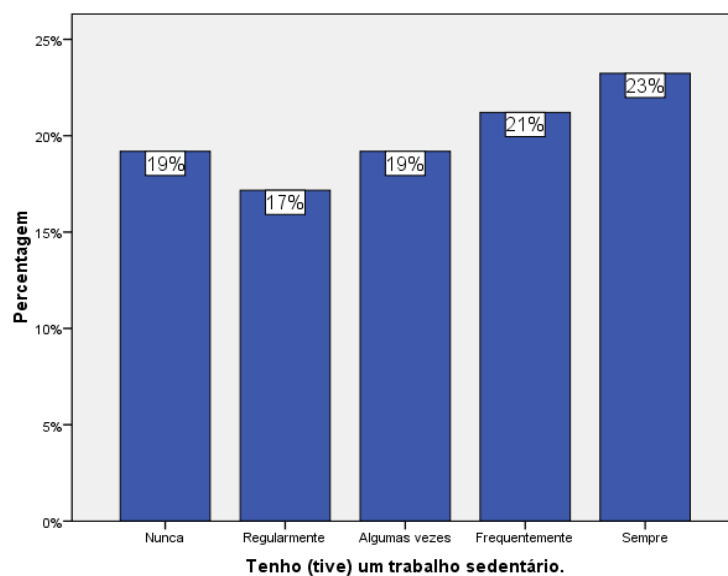


Gráfico n.º 34: Distribuição das respostas quanto ao trabalho sedentário

Quanto ao **trabalho sedentário** (tenho, tive um trabalho sedentário) no universo inquirido, observa-se que: 19,19% nunca teve um trabalho sedentário; 17,1% dos indivíduos

regularmente teve um trabalho sedentário; 19,19% dos inquiridos algumas vezes teve um trabalho sedentário; 21,21% da população da amostra, frequentemente esteve sujeita a um trabalho sedentário e 23,23% dos indivíduos esteve sempre sujeita a um trabalho sedentário (gráfico n° 34).

Ocupação dos tempos livres com actividades sedentárias

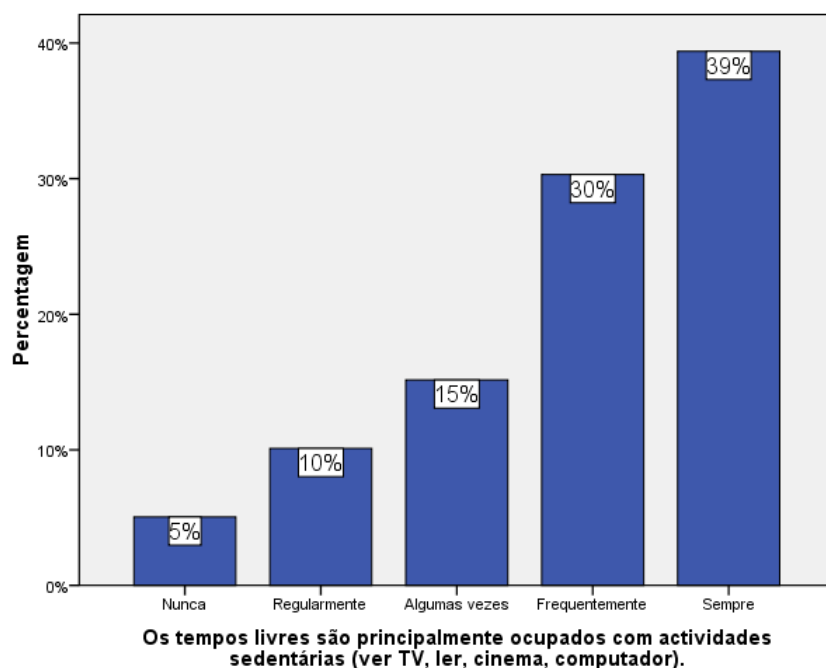


Gráfico n° 35: Distribuição das respostas quanto aos tempos livres

Em relação à **ocupação dos tempos livres com actividades sedentárias** obtivemos os seguintes dados: 5,1% da amostra inquirida refere nunca ocupar os seus tempos livres com actividades sedentárias; 10,1% dos indivíduos assume que regularmente ocupa os tempos livres com actividades sedentárias; 15,2% dizem que algumas vezes ocupam os seus tempos livres com actividades sedentárias; 30,3% dos inquiridos diz ocupar os seus tempos livres com actividades sedentárias frequentemente e 39,4% das pessoas colocou-se na posição que traduz a ocupação dos tempos livres sempre com actividades sedentárias (gráfico n° 35).

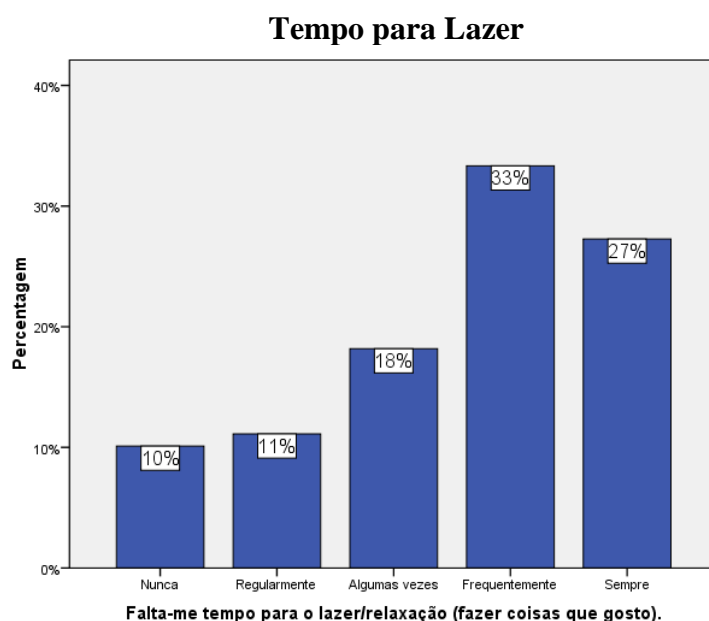


Gráfico n° 36: Distribuição das respostas quanto ao tempo para lazer

Quanto à **falta de tempo para o lazer/ relaxação**, 10,1% dos indivíduos refere nunca ter falta de tempo para o lazer; 11,1% posiciona-se no item em que regularmente lhes falta tempo para o lazer/relaxação; 18,2% dos inquiridos dizem que algumas vezes lhes falta tempo para o lazer; 33,3% da amostra diz que frequentemente lhe falta tempo para o lazer e 27,3% dos indivíduos refere que sempre lhes falta tempo para o lazer / relaxação (gráfico n° 36).

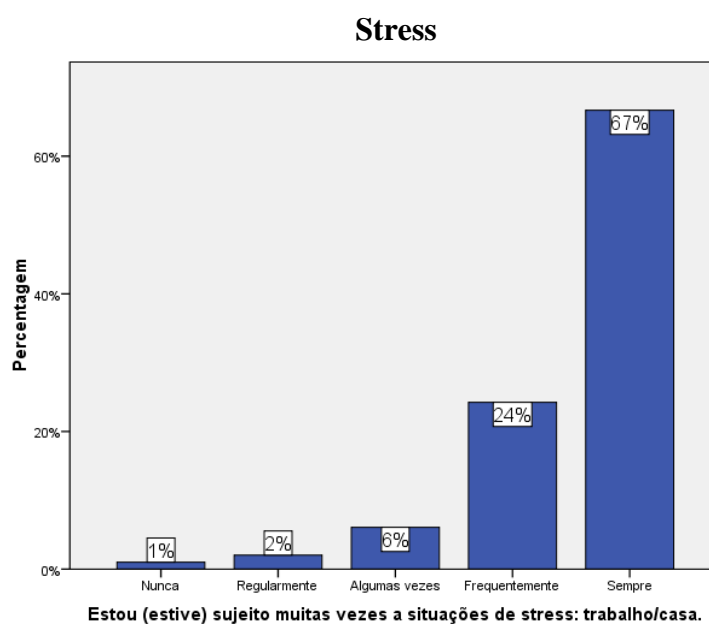


Gráfico n° 37: Distribuição das respostas quanto ao stress

No que concerne a **situações de stress: trabalho/ casa**, 1% da amostra inquirida refere nunca possuir situações de stress; 2% dos indivíduos refere estar ou ter estado regularmente sujeito a situações de stress; 6,1% diz que algumas vezes esteve sujeito a situações de stress; 24,2% dizem ter estado ou estarem frequentemente sujeitos a situações de stress e 66,7% mencionam terem estado ou estarem sempre sujeitos a situações de stress (gráfico nº 37).

Dormir Menos de 6h ou Mais de 8h Diárias

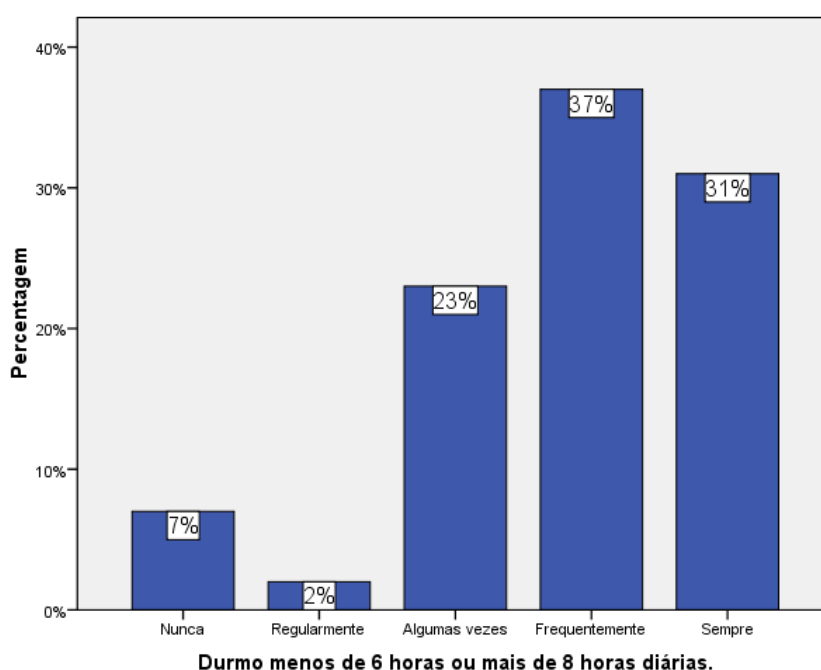


Gráfico nº 38: Distribuição das respostas quanto às horas de sono

Quanto ao **dormir menos de 6h ou mais de 8h diárias**, podemos observar pelas respostas da amostra que: 7% dos inquiridos se situam entre as seis e as oito horas dormidas, nunca ultrapassando estes valores; 2% diz que regularmente dorme menos de seis horas ou mais de oito horas por dia; 23% refere que algumas vezes dorme menos de seis horas ou mais de oito horas por dia; 37% dos inquiridos refere que frequentemente dorme menos de seis horas ou mais de oito horas por dia e 31% da nossa amostra situaram-se no item sempre, que dorme menos de seis horas ou mais de oito horas por dia (gráfico nº 38).

Querer fazer muita coisa em pouco tempo

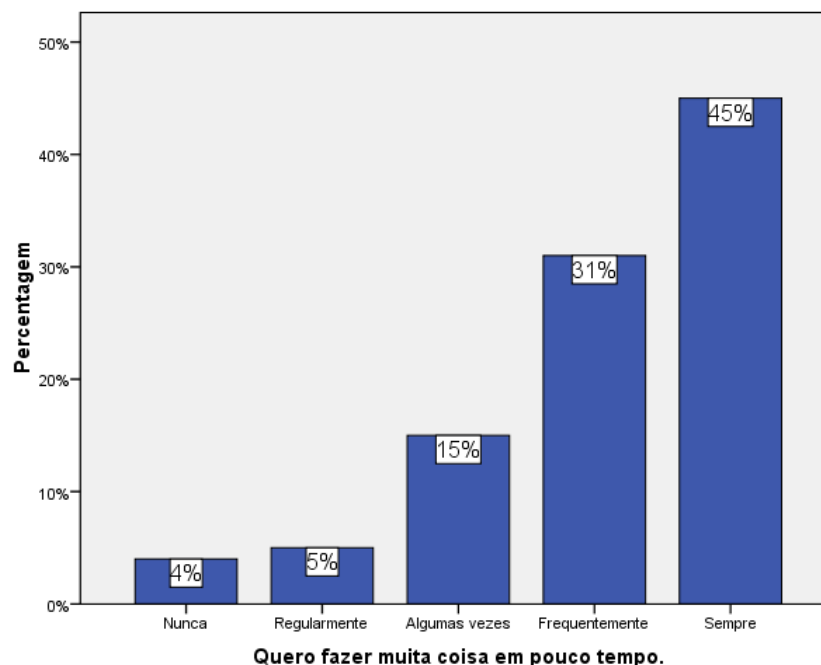


Gráfico n° 39: Distribuição das respostas quanto ao querer fazer muita coisa em pouco tempo

Relativamente à questão do **querer fazer muita coisa em pouco tempo** a nossa amostra mostra que: 4% dos indivíduos refere isso não lhe acontecer, nunca; 5% assumem que regularmente querem fazer muita coisa em pouco tempo; 15% dos inquiridos diz que algumas vezes essa situação lhes aconteceu ou acontece; 31% dos inquiridos dizem que frequentemente querem fazer muita coisa em pouco tempo e 45% dos indivíduos refere que sempre querem fazer muita coisa em pouco tempo (gráfico n° 39).

Sentir-se deprimido

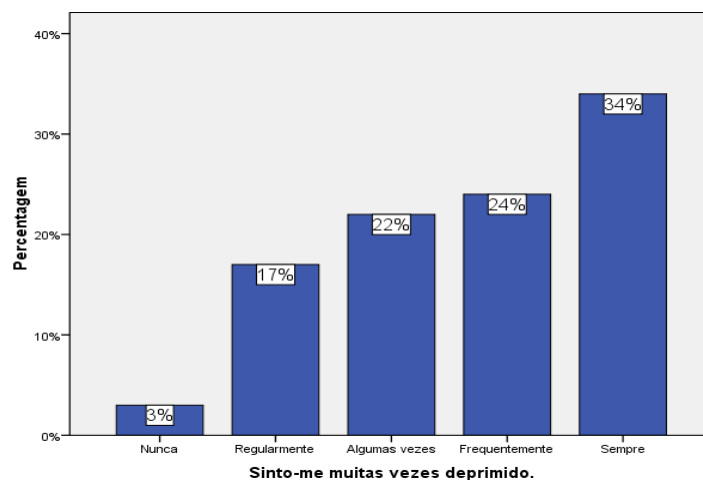


Gráfico nº 40: Distribuição das respostas quanto à frequência com que se sente deprimido

Em relação ao **sentir-se deprimido** observamos que : 3% dos indivíduos refere nunca se sentir deprimido; 17% dos inquiridos assumem sentir-se regularmente deprimidos; 22% diz sentir-se algumas vezes deprimido; 24% dizem sentir-se frequentemente deprimidos e 34% da amostra refere estar sempre deprimido (gráfico nº 40)

Sinto-me triste

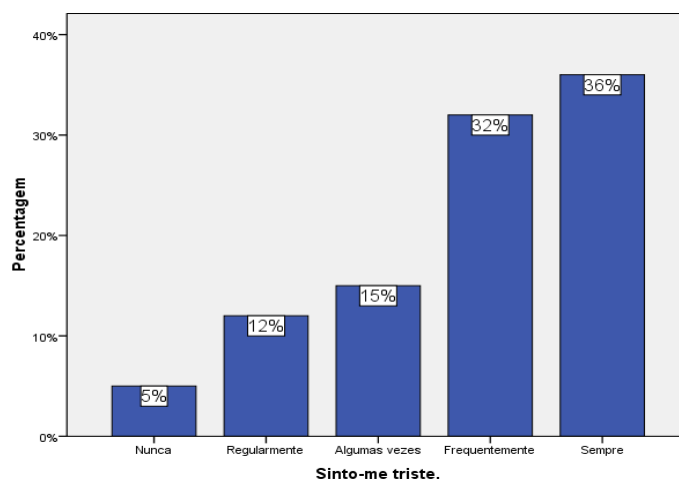


Gráfico nº 41: Distribuição das respostas quanto à frequência com que se sente triste

Quanto à questão **sinto-me triste** 5% dos indivíduos da amostra refere nunca se sentir triste; 12% refere que regularmente se sentem tristes; 15% diz que algumas vezes se sentem tristes; 32% assumem sentir-se frequentemente tristes e 36% diz sentir-se triste sempre (gráfico n° 41).

Sinto-me desencorajado quanto ao futuro

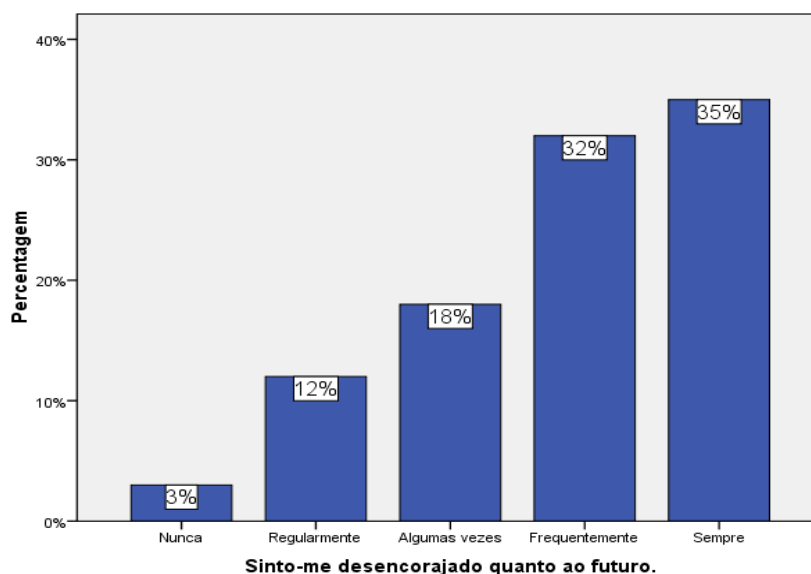


Gráfico n° 42: Distribuição das respostas quanto à frequência com que se sente desencorajado

Quanto aos indivíduos participantes da amostra se **sentirem desencorajados quanto ao futuro**, obtivemos os seguintes resultados: 3% dos inquiridos diz nunca se sentir desencorajado quanto ao futuro; 12% dos indivíduos sentem-se regularmente desencorajados quanto ao futuro; 18% refere algumas vezes se sentir desencorajado quanto ao futuro; 32% assumem que se encontram frequentemente desencorajados quanto ao futuro e 35% dos indivíduos da amostra diz que está sempre desencorajado quanto ao futuro (gráfico n° 42).

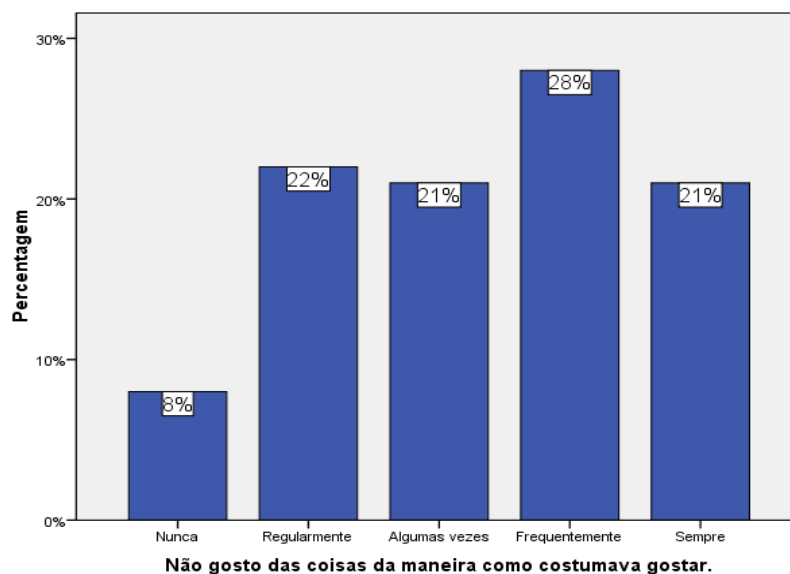
Não gostar das coisas da maneira como costumava gostar

Gráfico nº 43: Distribuição das respostas quanto ao modo como costuma gostar das coisas

Quanto à forma de **não gostar das coisas da maneira como costumava gostar**, 8% dos indivíduos refere nunca, não gostar das coisas da maneira como costumava gostar; 22% afirma não gostar das coisas da maneira como costumava gostar regularmente; 21% diz algumas vezes não gostar das coisas da maneira como costumava gostar; 28% diz que frequentemente não gosta das coisas como costumava gostar e 21% diz que não gosta das coisas da maneira como costumava gostar sempre (gráfico nº 43).

Sinto-me culpado (a) boa parte do tempo

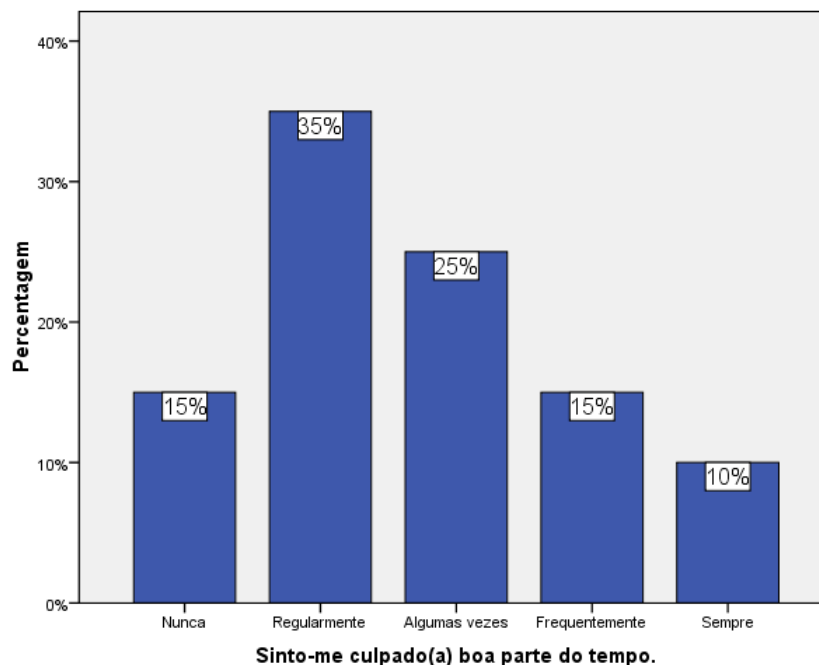


Gráfico nº 44: Distribuição das respostas quanto à culpa

Em relação ao item **sinto-me culpado (a) boa parte do tempo**, a amostra deste estudo respondeu da seguinte forma: 15% nunca se sente culpado boa parte do tempo; 35% dos indivíduos diz regularmente se sentir culpado boa parte do tempo; 25% refere algumas vezes se sentir culpado (a) boa parte do tempo; 15% assume que frequentemente se sente culpado boa parte do tempo e 10% afirmam que sempre se sentem culpados boa parte do tempo (gráfico nº 44).

Choro mais agora do que costumava fazer

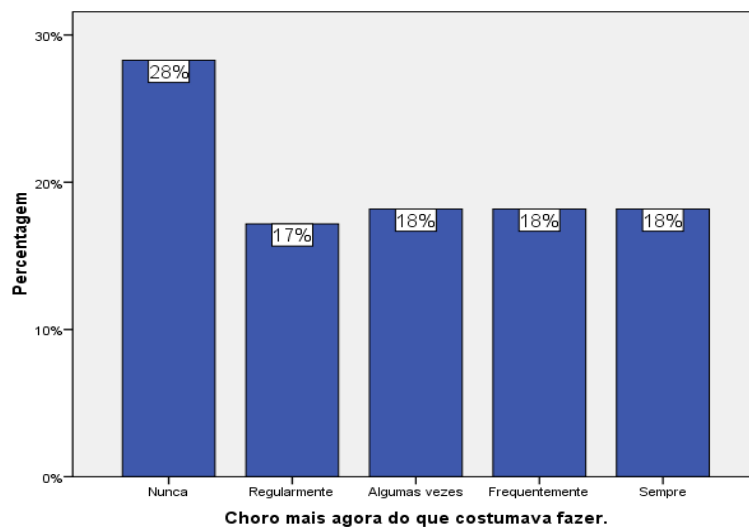


Gráfico n° 45: Distribuição das respostas quanto à frequência com que chora

Relativamente ao item **choro mais agora do que costumava fazer** verifica-se que nesta amostra os indivíduos referem equitativamente em percentagem, 18,18% que algumas vezes, frequentemente e sempre choram mais agora do que costumavam fazer; 28,28% dos inquiridos diz nunca chorar mais agora do que costumava fazer e 17,17% afirma que regularmente chora mais agora do que costumava fazer (gráfico n° 45)

Actualmente sinto-me irritado (a) todo o tempo

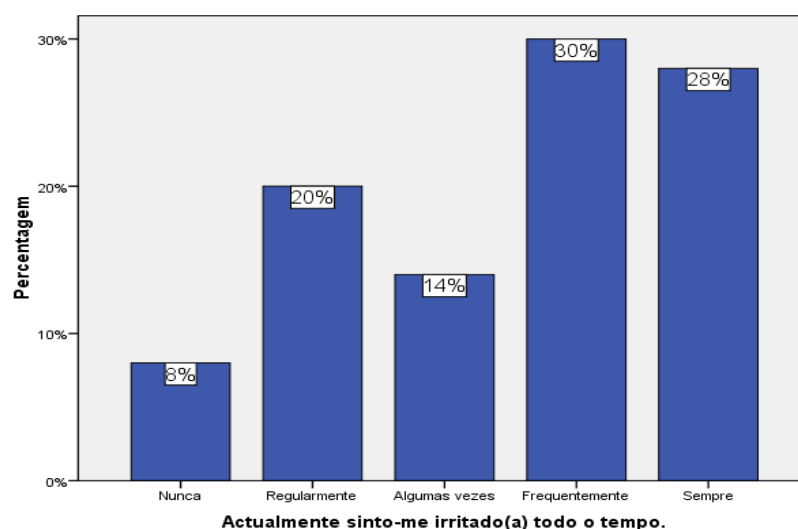


Gráfico n° 46: Distribuição das respostas quanto à frequência com que se sente irritado

Quanto ao **actualmente sinto-me irritado (a) todo o tempo** na amostra inquirida, 8% refere que nunca, actualmente se sente irritado todo o tempo; 20% afirma que regularmente se sente irritado todo o tempo; 14% dizem que algumas vezes se sentem irritados todo o tempo; 30% diz que frequentemente se sente irritado e 28% diz sentir-se sempre irritado a todo o tempo (gráfico n° 46).

Interesse-me menos pelas outras pessoas do que era costume

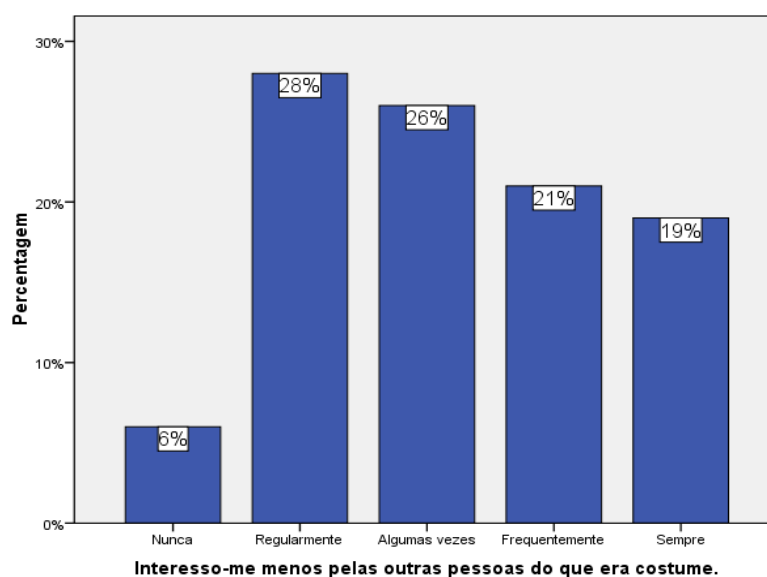


Gráfico n° 47: Distribuição das respostas quanto à frequência com que se interessa pelos outros

Em relação ao interesse pelos outros: **interesse-me menos pelas outras pessoas do que era costume**, verifica-se que os constituintes da amostra, 6% refere nunca se interessar menos pelas outras pessoas do que era costume; 28% diz que regularmente se interessa menos pelas outras pessoas do que era costume; 26% diz interessar-se algumas vezes menos pelas outras pessoas do que era costume; 21%, faz alegação a que frequentemente se interessa menos pelas outras pessoas do que era costume e 19%, exprime por escrito que sempre se interessa menos pelas outras pessoas do que era costume (gráfico n° 47).

Ter mais dificuldade em tomar decisões

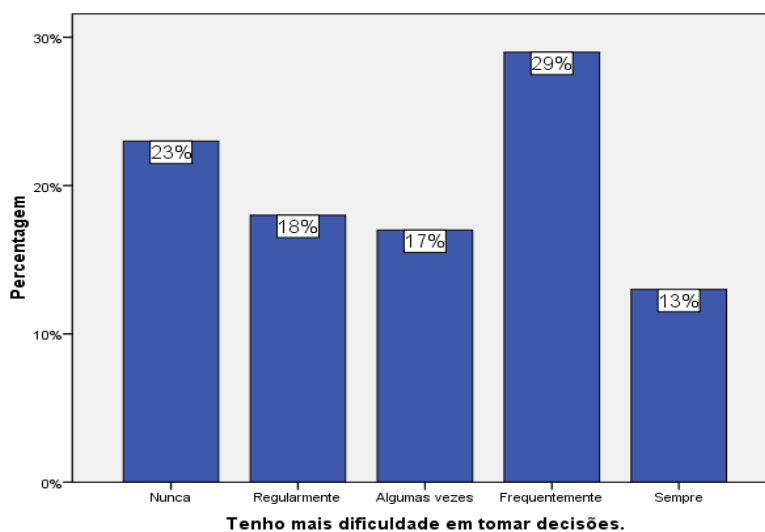


Gráfico nº 48: Distribuição das respostas quanto à dificuldade em tomar decisões

Quanto ao **ter mais dificuldade em tomar decisões**, 23% dos indivíduos diz nunca ter mais dificuldade em tomar decisões; 18% dos inquiridos afirma regularmente ter mais dificuldade em tomar decisões; 17% refere ter algumas vezes mais dificuldade em tomar decisões; 29%, exprime que frequentemente tem mais dificuldade em tomar decisões e 13% diz sempre ter mais dificuldade em tomar decisões (gráfico nº 48).

Sentir-se muitas vezes ansioso

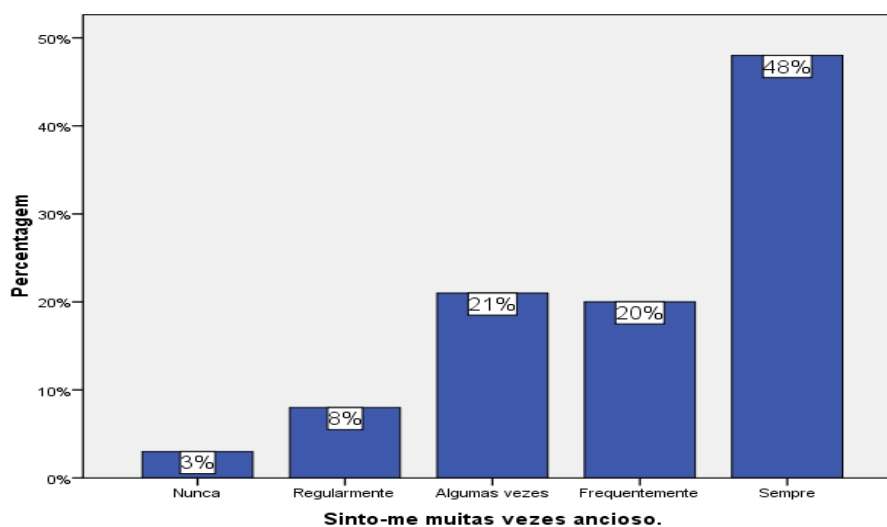


Gráfico nº 49: Distribuição das respostas quanto à frequência com que se sente ansioso

Em relação ao sentir-se muitas vezes ansioso na amostra inquirida, 3% dos indivíduos diz nunca se sentir ansioso; 8% refere que regularmente se sente ansioso; 21% exprime sentir-se ansioso algumas vezes; 20% expõe que frequentemente se sente ansioso e 48% afirma sentir-se muitas sempre ansioso (gráfico n.º 49).

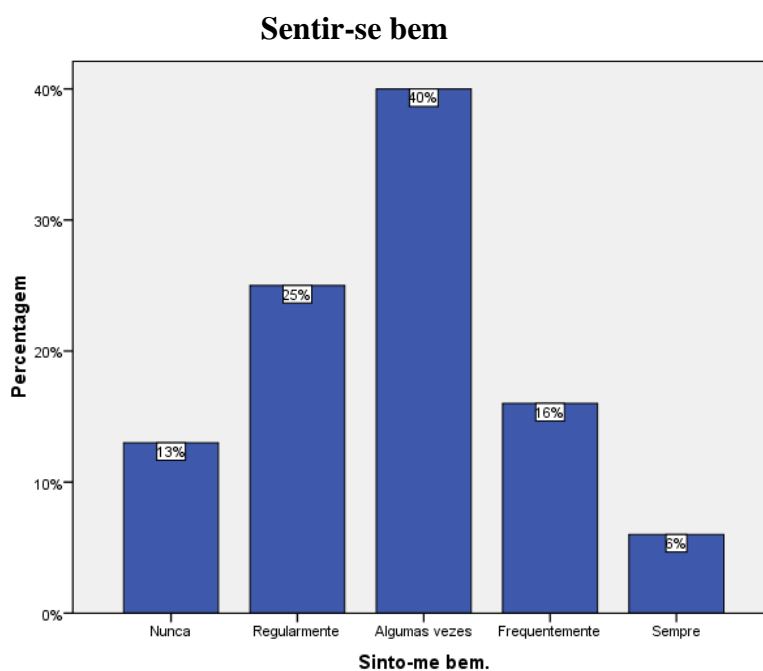


Gráfico n.º 50: Distribuição das respostas quanto à frequência com que se sente bem

Quanto à afirmação **sinto-me bem**, 13% dos inquiridos diz nunca se sentir bem; 26% afirma que regularmente se sente bem; 40% refere sentir-se bem algumas vezes; 16% exprime sentir-se bem frequentemente e 5% dos indivíduos diz sentir-se sempre bem (gráfico n.º 50).

Sentimento de frustração perante o insucesso

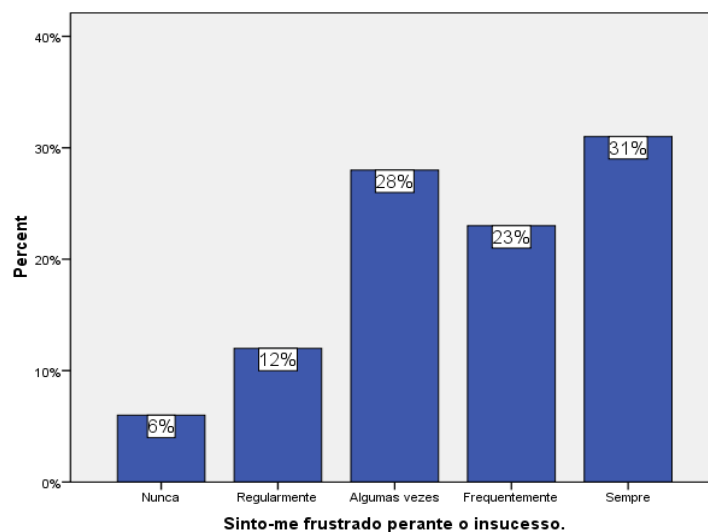


Gráfico nº 51: Distribuição das respostas quanto ao sentimento de frustração

Em relação ao **sentimento de frustração perante o insucesso**, verifica-se que 6% dos indivíduos inquiridos refere que nunca se sentem frustrados perante o insucesso; 12% afirma que regularmente se sente frustrado perante o insucesso; 28% diz que algumas vezes se sente frustrado perante o insucesso; 23% dos indivíduos sente-se frustrado perante o insucesso frequentemente e 31% revela sentir-se frustrado perante o insucesso, sempre (gráfico 51).

Falta de autoconfiança

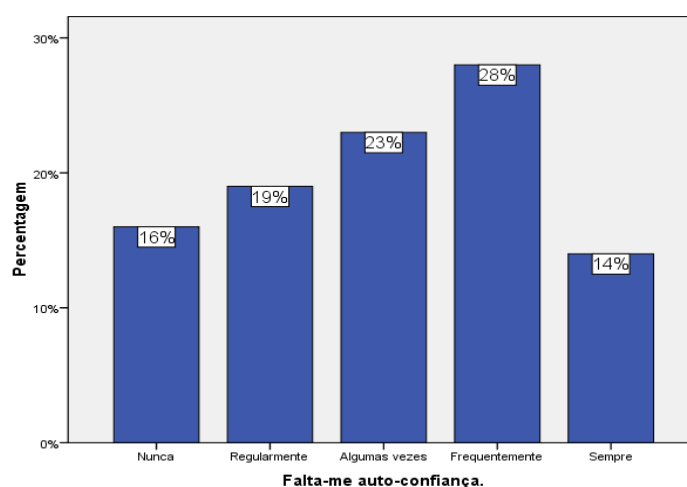


Gráfico nº 52: Distribuição das respostas quanto à frequência com que sente falta de auto-confiança

No que se refere à afirmação **falta-me autoconfiança**, 16% dos indivíduos da amostra responderam que nunca lhes falta autoconfiança; 19% dos inquiridos afirmam que regularmente lhes falta autoconfiança; 23% dizem que algumas vezes lhes falta a autoconfiança; 28% exprimem que frequentemente lhes falta autoconfiança e 14% lhes falta autoconfiança sempre (gráfico n.º 52).

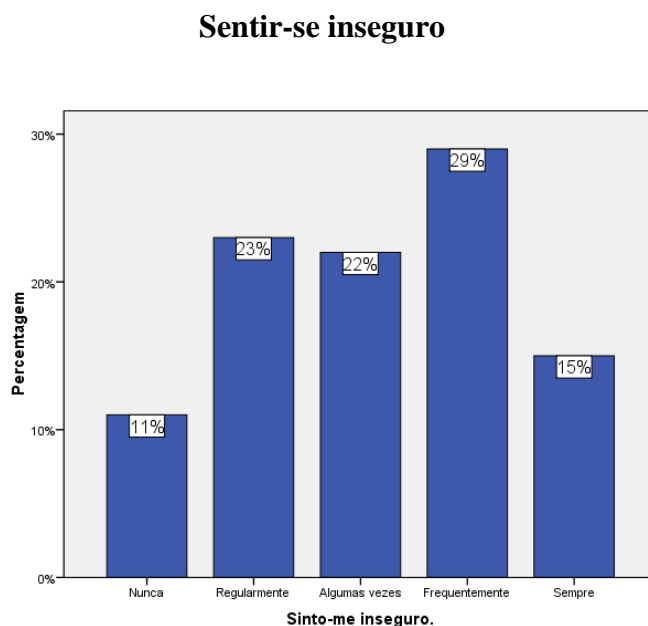


Gráfico n.º 53: Distribuição das respostas quanto à frequência com que sente insegurança

Quanto ao **sentir-se inseguro**, 11% dos indivíduos dizem nunca se sentirem inseguros; 23% dos inquiridos afirmam sentirem-se inseguros regularmente; ; 22% referem sentirem-se inseguros algumas vezes; 29%, dizem que frequentemente se sentem inseguros e 15% exprimem sentir-se sempre inseguros (gráfico n.º 53).

Frequência da afecção das contrariedades

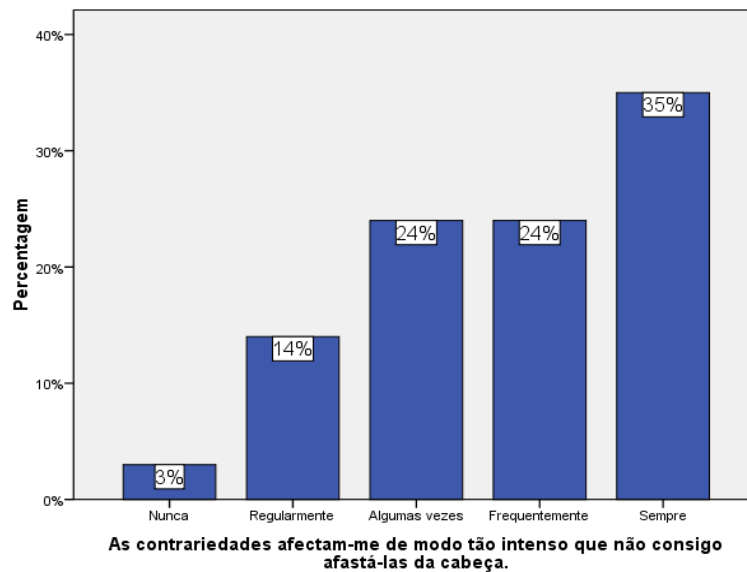


Gráfico n.º 54: Distribuição das respostas quanto à frequência da afecção das contrariedades

Em relação ao item “ **as contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da cabeça**”, 3% dos inquiridos afirmam que nunca “ ...”; 14% exprime que regularmente 24%, refere que “...” algumas vezes, bem como 24% dos inquiridos diz que frequentemente “...” e 35% diz que sempre as contrariedades os afecta de modo tão intenso que não conseguem afastá-las da cabeça (gráfico n.º 54).

Problemas financeiros

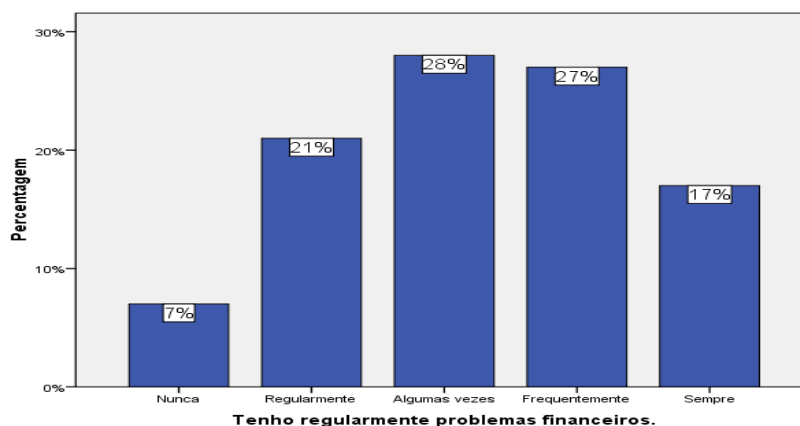


Gráfico n.º 55: Distribuição das respostas quanto à frequência dos problemas financeiros

Quanto aos problemas financeiros “**Tenho regularmente problemas financeiros**”, 7% dos inquiridos refere nunca ter problemas financeiros; 21%, diz ter regularmente problemas financeiros; 28%, assume algumas vezes ter problemas financeiros; 27%, refere ter problemas financeiros, frequentemente e 17% ter sempre problemas financeiros (gráfico n° 55).

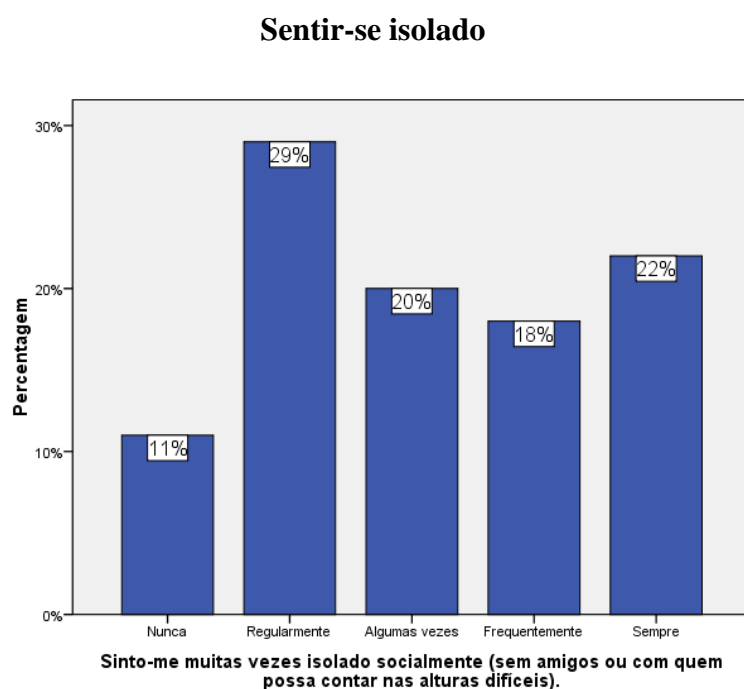


Gráfico n° 56: Distribuição das respostas quanto à frequência do isolamento social

Em relação ao **sentir-se muitas vezes isolado socialmente**, 11% dos inquiridos diz nunca se sentir isolado socialmente; 29% referem sentir-se regularmente isolados socialmente; 20% respondeu que algumas vezes se sente isolado socialmente; 18%, exprimem sentir-se frequentemente isolados socialmente e 22% referem sentir-se sempre isolados socialmente (gráfico n° 56).

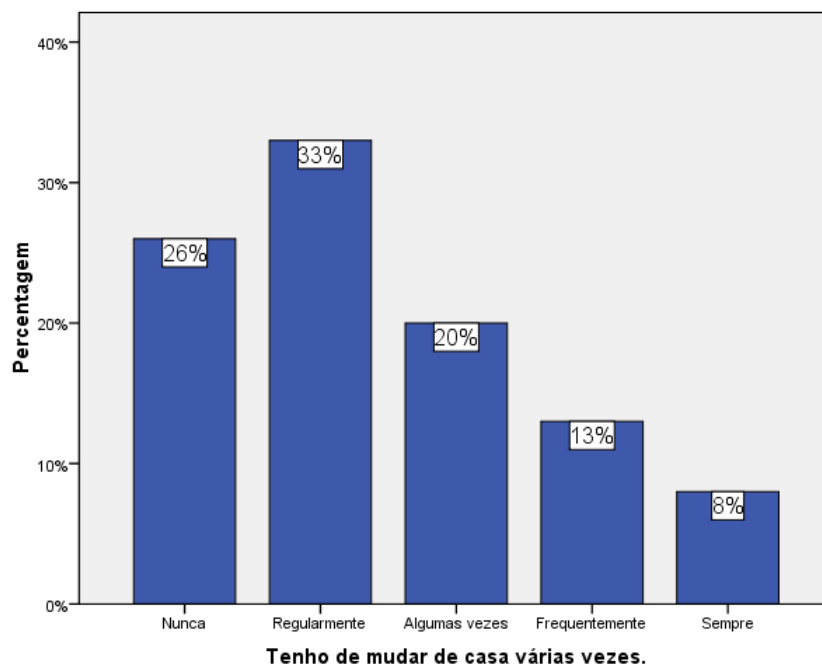
Frequência da necessidade de mudar de casa

Gráfico nº 57: Distribuição das respostas quanto à frequência da necessidade de mudar de casa

Relativamente ao “ **tenho (tive) de mudar de casa várias vezes**”, 26% dos indivíduos diz nunca ter (tido) de mudar de casa; 33% , afirma que regularmente tem ou teve de mudar de casa; 20%, refere ter (tido) de mudar de casa algumas vezes; 13% diz ter de mudar de casa frequentemente e 8% refere ter sempre de mudar de casa (estes indivíduos posicionam-se assim, pois presentemente estão a viver em casa de filhos e mudam de casa, filho para filho mensalmente) (gráfico nº 57).

Necessidade de mudar de emprego

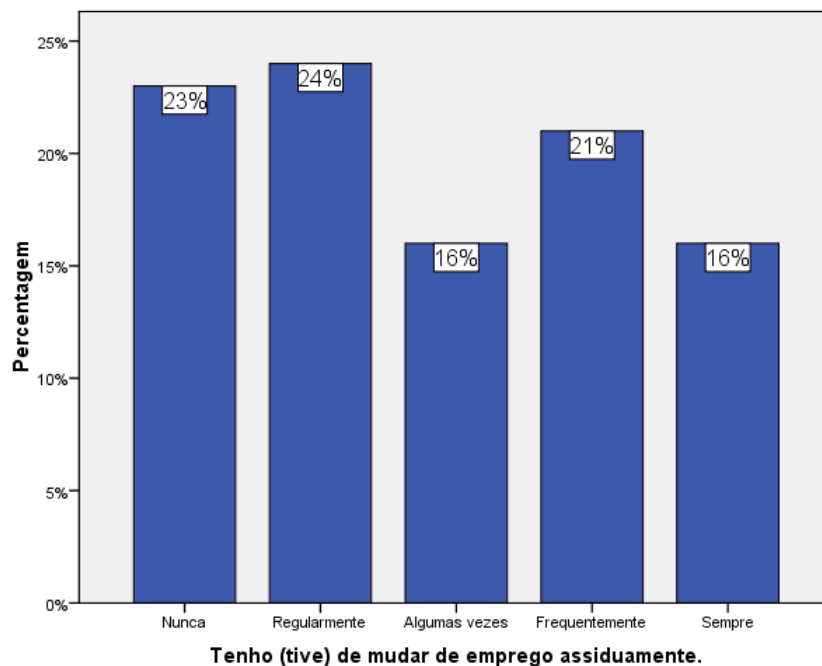


Gráfico nº 58: Distribuição das respostas quanto à frequência da necessidade de mudar de emprego

Em relação ao “**tenho (tive) de mudar de emprego assiduamente**”, 23% dos inquiridos dizem nunca ter mudado de emprego assiduamente; 24% afirmam que regularmente mudam ou mudaram de emprego assiduamente; 16% referem ter mudado de emprego assiduamente algumas vezes; 21% apontam para que mudam ou mudaram de emprego frequentemente e 16% que têm ou tiveram de mudar de emprego assiduamente, sempre (gráfico nº 58).

Sentir que pode contar com o apoio da família quando necessita

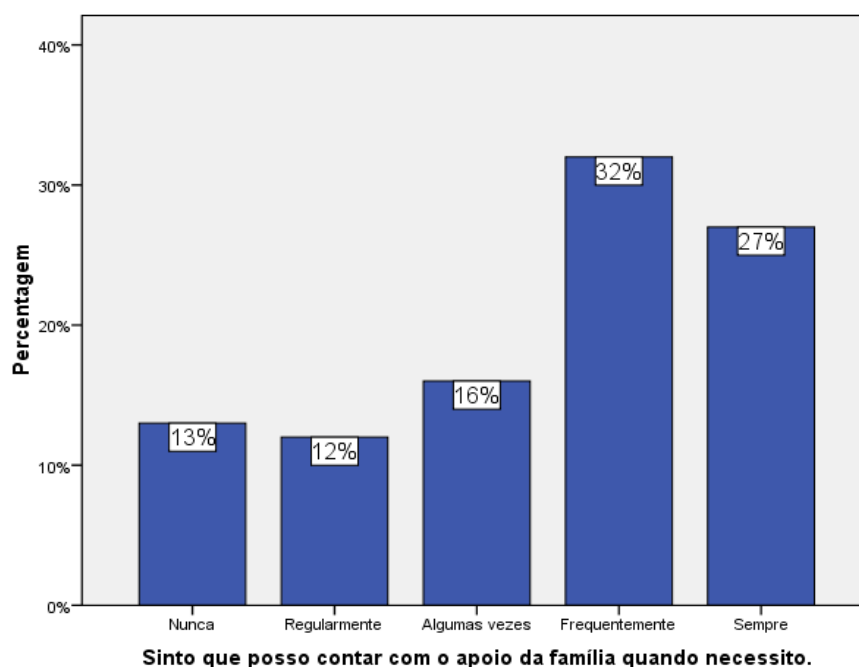


Gráfico nº 59: Distribuição das respostas quanto à frequência com que pode contar com o apoio da família

Quanto ao **sentir que pode contar com o apoio da família quando necessita**, 13,5% dos indivíduos refere não poder contar nunca; 12%, que regularmente pode contar; 16% , que algumas vezes pode contar; 32 % que frequentemente pode contar e 27% afirmam que podem contar sempre com o apoio da família quando necessitam (gráfico nº 59).

Frequência com que não conta com o apoio dos colegas ou superiores no trabalho

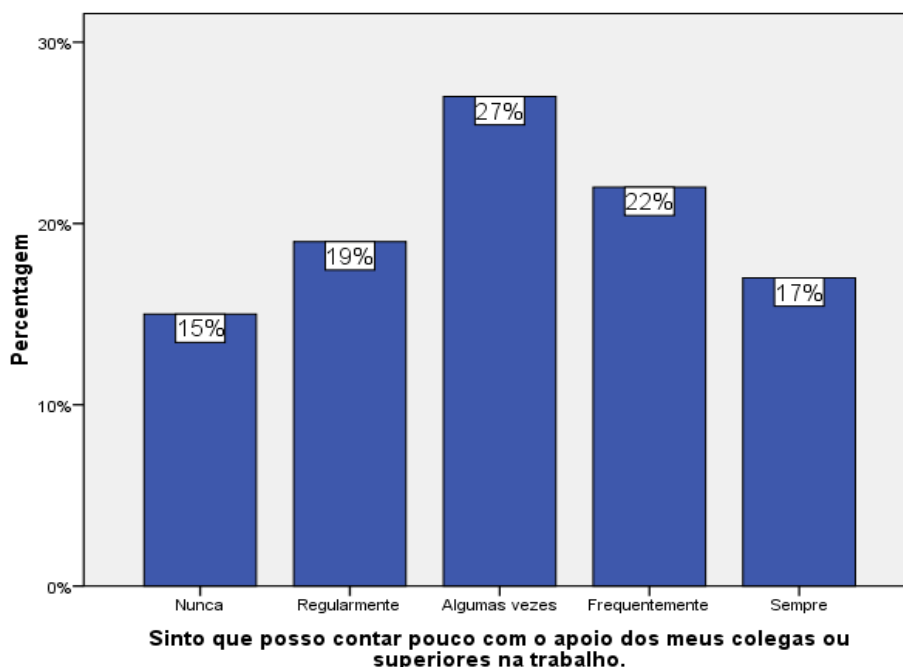


Gráfico n° 60: Distribuição das respostas quanto à frequência com que não conta com o apoio dos colegas ou superiores no trabalho

Em relação à questão “**sinto que posso contar pouco com o apoio dos meus colegas ou superiores no trabalho**”, 15% dos indivíduos referem que nunca podem ou puderam contar pouco com o apoio dos colegas ou superiores no trabalho; 19% diz que regularmente podem ou puderam contar pouco com o apoio dos colegas ou superiores no trabalho; 27% afirmam que algumas vezes podem ou puderam contar pouco com o apoio dos colegas ou superiores no trabalho; 22% expõe que frequentemente podem ou puderam contar pouco com o apoio dos colegas ou superiores no trabalho e 17% afirma sempre poder contar pouco com o apoio dos colegas ou superiores no trabalho (gráfico n° 60).

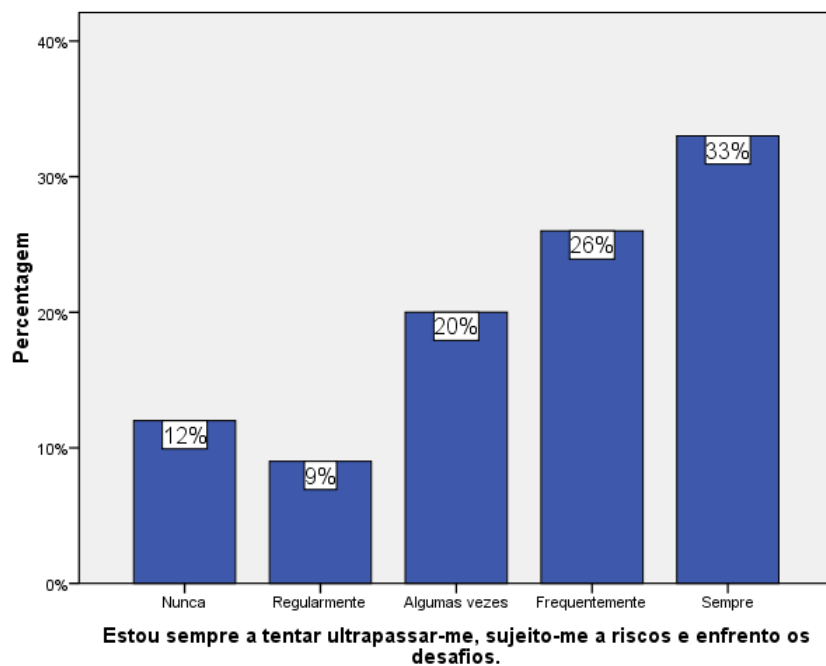
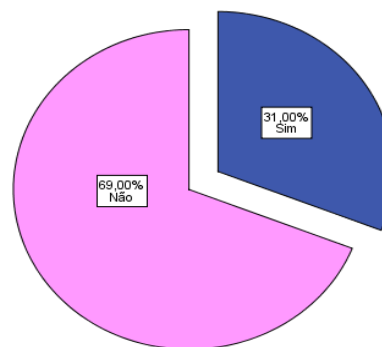
Frequência com que se tenta ultrapassar

Gráfico nº 61: Distribuição das respostas quanto à frequência com que se tenta ultrapassar

Quanto à questão “**Estou sempre a tentar ultrapassar-me, sujeito-me a riscos e enfrento desafios**”, da amostra inquirida, 12% diz nunca estar “...”; 9% refere que regularmente está “...”; 20% dos inquiridos coloca-se em algumas vezes; 26% afirma que frequentemente e 33% diz que está sempre a tentar ultrapassar-se, sujeitando-se a risco e enfrentando desafios (gráfico nº 61).

Frequentou ou frequenta algum programa de intervenção em saúde

	Nº resp.	%
Sim	31	31,0
Não	69	69,0
Total	100	100,0



Quadro n.º 42:
Frequência de programa de intervenção em Saúde

Gráfico n.º 62: Frequência de programa de intervenção em Saúde

Quanto à questão “Frequentou ou frequenta algum programa de intervenção em saúde?” Verifica-se que 69% dos indivíduos não frequentou nem frequenta e 31% dos inquiridos frequentou ou frequenta algum programa de intervenção em saúde (quadro n.º 42, gráfico n.º 62).

Programas de intervenção em saúde

	Nº resp.	%
Consulta da Diabetes; Consulta da Hipertensão Arterial	5	16,1
Consulta da Diabetes	22	71,
Consulta de Hipertensão Arterial	4	12,9
Total	31	100

Quadro n.º 43: Frequência de programas de intervenção em saúde

Dos que responderam que frequentavam um programa de intervenção em saúde, verifica-se que 5 indivíduos (16,1%) frequentam dois programas o da consulta de diabetes e o da consulta da hipertensão arterial; 22 dos inquiridos (71%) frequentam a consulta de diabetes; 4 dos

participantes da amostra (12,9%) frequentam a consulta de hipertensão arterial, dando um total de 31 pessoas em frequência de programas, de onde se conclui que 69 indivíduos não frequentam nenhum programa de intervenção em saúde como pode ser visualizado quadro nº 43.

Itens comportamentais - alternativas A e B

		Nº resp.	%
AB1	A - Muitas coisas ruins que ocorrem na vida das pessoas são parcialmente devidas ao azar.	55	55
	B - Os infortúnios são resultado dos erros que as pessoas cometem.	45	45
	Total	100	100
AB2	A - Frequentemente percebo que o que tiver de ser, será.	60	60
	B - Acreditar em destino nunca resolveu para mim tão bem quanto tomar uma decisão para um curso de acção definido.	40	40
	Total	100	100
AB3	A - Quando eu faço planos, quase sempre tenho a certeza de que posso executá-los.	29	29
	B - Nem sempre se pode levar os planos adiante porque muitas coisas que acontecem são imprevisíveis.	71	71
	Total	100	100
AB4	A - O que me acontece depende de mim.	23	23
	B - Muitas vezes sinto que não estou controlando o rumo que as coisas estão tomando na minha vida.	77	77
	Total	100	100
AB5	A - Para mim, obter o que quero tem pouco ou nada a ver com sorte.	55	55
	B - Muitas vezes, podemos tomar uma decisão no "cara ou coroa".	45	45
	Total	100	100

Quadro nº 44: Itens comportamentais - alternativas A e B

Relativamente à internalidade, externalidade da amostra inquirida verifica-se que na questão AB1, os indivíduos são mais externos (55%) que internos (45%), quanto às coisas que lhes acontece, tal como se pode ver no gráfico nº 63.

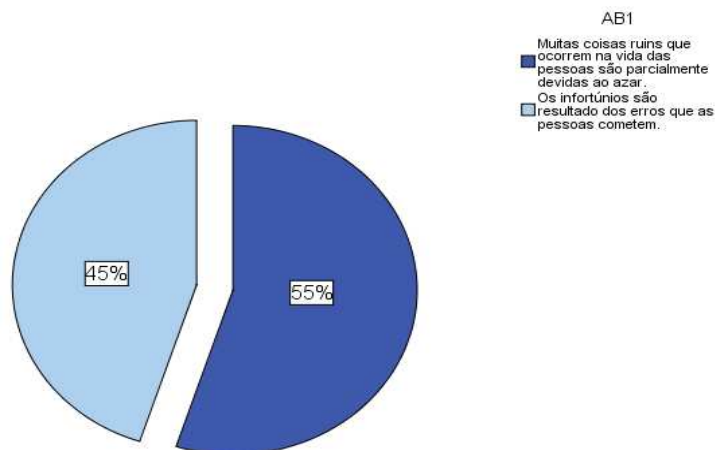


Gráfico n.º 63: Distribuição das respostas por internalidade e externalidade – AB1

Quanto à opção AB2, observa-se no quadro que 60% dos indivíduos, optou pela alternativa com características externas, enquanto (40%) dos indivíduos, optou pela alternativa B, com características internas.

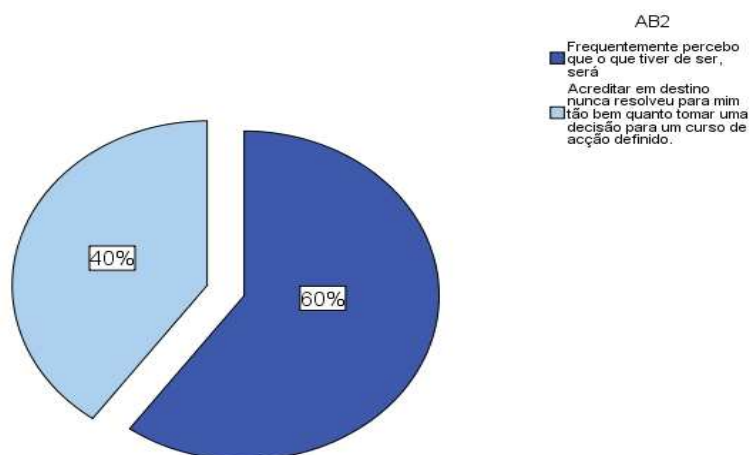


Gráfico n.º 64: Distribuição das respostas por internalidade e externalidade – AB2

Em relação à opção AB3, verifica-se através da leitura do quadro, que a alternativa preferencial foi a B (externa), com 71% enquanto a alternativa A (interna), teve apenas 29% de preferência dos indivíduos., como pode ser observado no gráfico nº 65.

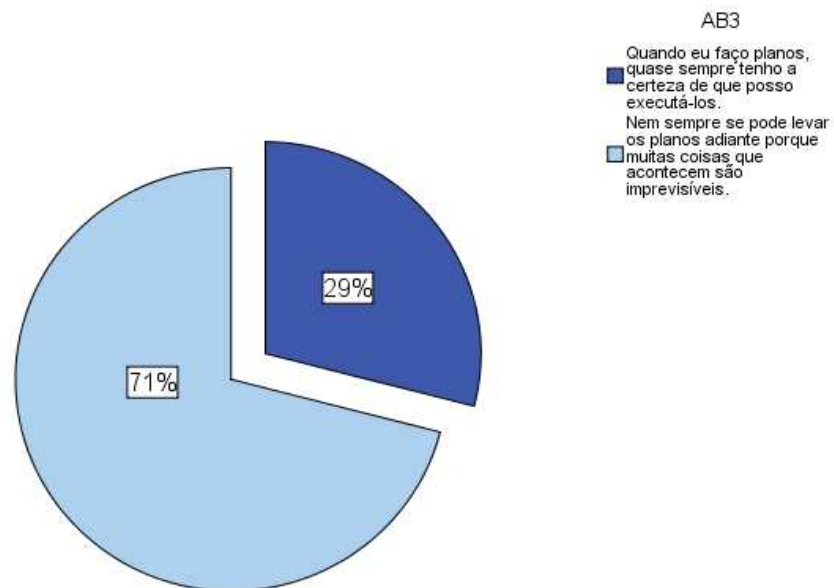


Gráfico nº 65: Distribuição das respostas por internalidade e externalidade – AB3

Quanto ao item AB4, pela análise do quadro, observa-se que neste item (77%) dos indivíduos optaram pela alternativa B (externa), e 23% optou pela alternativa A (interna), conforme pode ser observado no gráfico nº 66.

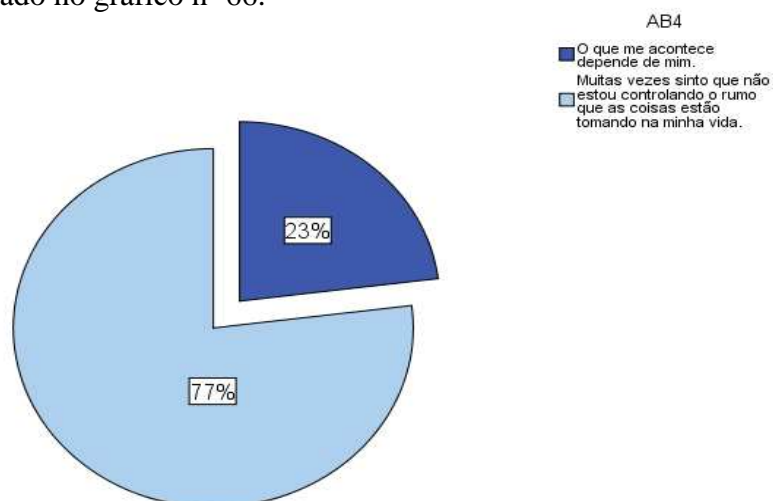


Gráfico nº 66: Distribuição das respostas por internalidade e externalidade – AB4

No item AB5, a maior percentagem de escolha foi pela alternativa interna (55%), contra 45% para a alternativa externa, como se pode verificar através do gráfico nº 67.

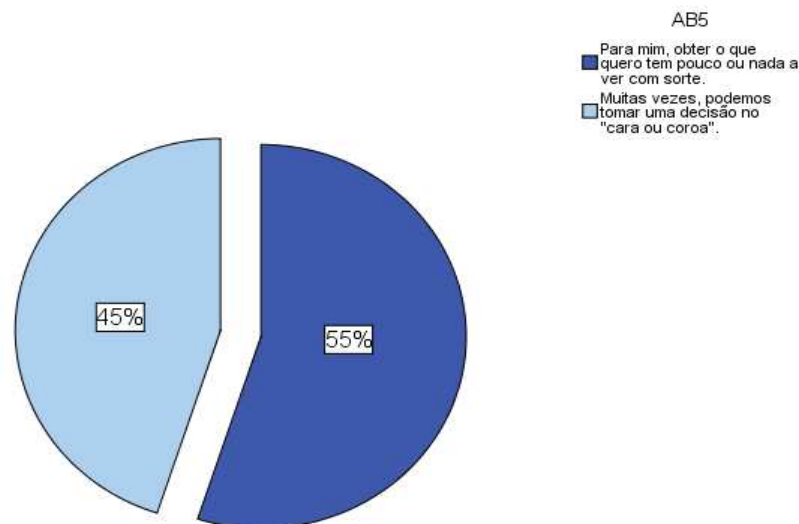


Gráfico nº 67: Distribuição das respostas por internalidade e externalidade – AB5

Pela análise do quadros e gráficos anteriores, pode constatar-se que tendo sido solicitado aos indivíduos que se colocassem numa afirmação que melhor representasse o que pensam, em todos os itens a maioria atribui à externalidade, os acontecimentos, enquanto no factor sorte, a maioria dos indivíduos diz depender de si próprio.

Uma vez que este questionário foi construído pela autora, não estando portanto validado, procedeu-se numa primeira fase, a uma análise de consistência interna do mesmo, através do Alfa de Cronbach, para o qual se obteve um valor de 0,847, o que permite concluir que o questionário tem uma boa consistência interna (anexo XIV). A escala (questionário) é então constituída por 34 itens, apresentando no global uma média de 79.62 ± 17.098 .

Ora, estando o questionário a avaliar vários aspectos, procedeu-se a uma análise factorial, para identificar as dimensões do mesmo, cujos resultados estão apresentados no anexo XV. Da análise factorial, obtiveram-se as seguintes dimensões:

- Componente 1, constituída pelos itens: 10, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 36.
- Componente 2, constituída pelos itens: 32, 33, 34, 39
- Componente 3, constituída pelos itens: 15, 17, 18, 31

- Componente 4, constituída pelos itens: 9, 37
- Componente 5, constituída pelos itens: 11, 13, 14
- Componente 6, constituída pelos itens: 40,41
- Componente 7, constituída pelos itens: 12, 38
- Componente 8, constituída pelos itens: 7
- Componente 9, constituída pelos itens: 27
- Componente 10, constituída pelos itens: 6, 8

Apesar do resultado da análise factorial de correspondências, apontar para 10 componentes (dimensões), optou-se por considerar somente 9, tendo-se agregado as componentes 4 e 10, pois os itens que as constituíam avaliam hábitos de consumo. O item 37 foi recolocado no conjunto de itens que avaliam a Mobilidade. Assim as componentes consideradas são então:

- Componente 1, que avalia o Estado emocional – Stress e é constituída pelos itens: 10, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 36;
- Componente 2, que avalia o Estado Emocional - Emotividade e é constituída pelos itens: 32, 33, 34, 39;
- Componente 3, que avalia a Satisfação pessoal e é constituída pelos itens: 15, 17, 18, 31;
- Componente 4, que avalia a Actividade e é constituída pelos itens: 11, 13, 14;
- Componente 5, que avalia a Realização profissional e é constituída pelos itens: 40,41;
- Componente 6, que avalia a Mobilidade e é constituída pelos itens: 12, 37, 38;
- Componente 7, relacionada com os Métodos contraceptivos e é constituída pelo item 7;
- Componente 8, que avalia a Tomada de decisão e é constituída pelo item 27;
- Componente 9, que avalia Hábitos de consumo e é constituída pelos itens: 6, 8 e 9.

Cada uma destas componentes irá constituir uma dimensão do questionário, para as quais iremos determinar a respectiva consistência interna.

De seguida procedeu-se à consistência interna das dimensões consideradas, somente para as que são constituídas por um maior número de itens – dimensão 1, 2 e 3 - que apresentam uma consistência interna bastante razoável (Muito boa para a sub escala 1 e razoável para as dimensões 2 e 3 – anexo XVI).

A avaliação global das dimensões do questionário, encontra-se no quadro n^o 45.

	N ^a resp.	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Avaliação global da dimensão 1: Estado Emocional - Stress	98	6,00	49,00	32,4898	9,04655
Avaliação global da dimensão 2: Estado Emocional - Emotividade	100	1,00	16,00	9,2400	3,33673
Avaliação global da dimensão 3: Satisfação pessoal	99	2,00	16,00	10,5960	3,46681
Avaliação global da dimensão 4: Actividade	99	1,00	10,00	5,5253	2,08661
Avaliação global da dimensão 5: Realização profissional	100	,00	8,00	4,4700	2,03234
Avaliação global da dimensão 6: Mobilidade	99	,00	12,00	6,3232	2,38545
Avaliação global da dimensão 7: Métodos Contraceptivos	50	,00	4,00	1,1400	1,16075
Avaliação global da dimensão 8: Tomada de decisão	100	,00	4,00	1,9200	1,38301
Avaliação global da dimensão 9: Hábitos de Consumo	99	,00	12,00	5,6162	3,25045

Quadro nº 45: Medidas descritivas da avaliação global das dimensões do questionário de Factores de Risco

7.2. QUALIDADE DE VIDA

7.2.1. Análise estatística do Questionário Da Qualidade De Vida – Whoqol – Abreviado (1998)

Quanto á questão “**Como avalia a sua qualidade de vida?**” observamos que dos 100 indivíduos inquiridos, um não respondeu, 14,1% considera a sua qualidade de vida muito má; 17,2% refere considerar a sua qualidade de vida má; a grande maioria (56,6%) considera nem má nem boa; 11,1% diz considerar a sua qualidade de vida boa e só 1% considera a sua qualidade de vida muito boa, como pode ser observado no quadro n° 46 e gráfico n° 68.

		N° respostas	%	% válida
Válidas	Muito má	14	14,0	14,1
	Má	17	17,0	17,2
	Nem má nem boa	56	56,0	56,6
	Boa	11	11,0	11,1
	Muito boa	1	1,0	1,0
	Total	99	99,0	100,0
Em falta	Não respondeu	1	1,0	
Total		100	100,0	

Quadro n° 46: Distribuição das respostas relativas à forma como avaliam a sua qualidade de vida

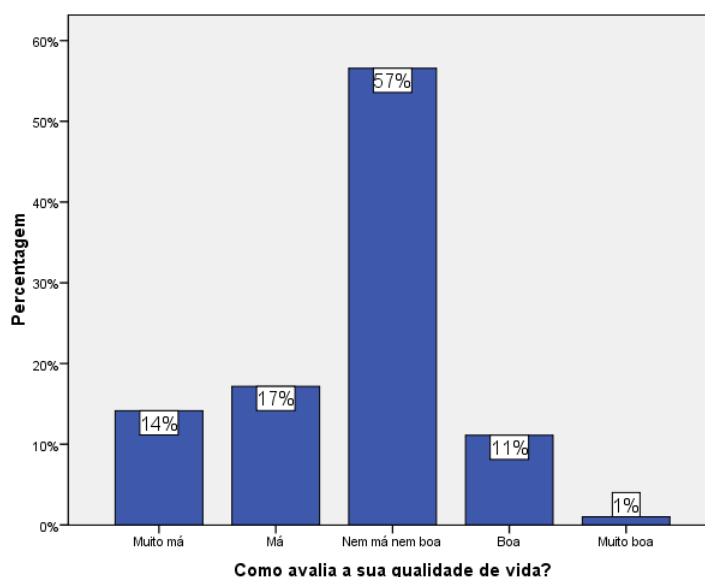


Gráfico n° 68: Distribuição das respostas relativas à forma como avaliam a sua qualidade de vida

Satisfação com a Saúde

Quanto satisfeito(a) está com a sua saúde?		
	Nº resp.	%
Muito insatisfeito	27	27
Insatisfeito	29	29
Nem satisfeito nem insatisfeito	37	37
Satisfeito	7	7
Total	100	100

Quadro nº 47: Distribuição das respostas em relação à satisfação com a saúde

Na questão de “**Quanto satisfeito(a) está com a sua saúde?**” verifica-se que 27% dos indivíduos se considera muito insatisfeito; 29% diz estar insatisfeito; a maioria (37%) considera –se nem satisfeito nem insatisfeito e só 7% dos inquiridos se considera satisfeito com a sua saúde, como pode ser observado no quadro nº 47 e gráfico nº 69.

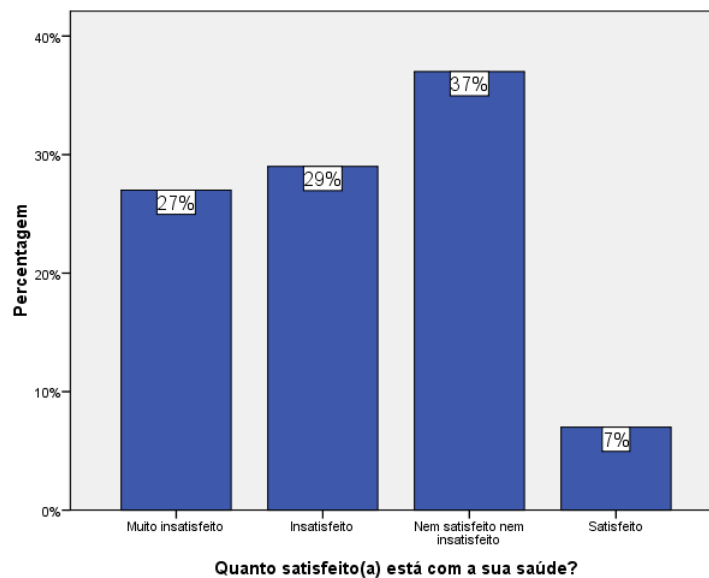


Gráfico nº 69: Distribuição das respostas em relação à satisfação com a saúde

O quadro nº 48, apresenta a distribuição das respostas às questões relativas à frequência com que tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada		Muito pouco		Mais ou menos		Bastante		Extrema-mente		Total	
	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%
Em que medida acha que a sua dor (física) o impede de fazer o que precisa?	4	4	17	17	29	29	32	32	18	18	100	100
Quanto necessita de algum tratamento médico para realizar a sua vida diária?	1	1	8	8	26	26	47	47	18	18	100	100
Quanto aproveita da vida?	25	25	46	46	22	22	7	7	0	0	100	100
Em que medida acha que a sua vida tem sentido?	12	12	14	14	39	39	33	33	2	2	100	100
Quanto se consegue concentrar?	12	12	18	18	55	55	11	11	4	4	100	100
Quanto seguro se sente na sua vida diária?	16	16	23	23%	46	46	13	13	2	2	100	100
Quanto saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atractivos)?	3	3	16	16	62	62	17	17	2	2	100	100

Quadro nº 48: Distribuição das respostas relativamente a: O quanto tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

Dor Física

Quanto à questão “**Em que medida acha que a sua dor (física) o impede de fazer o que precisa?**” verifica-se que 4% dos indivíduos referem que em nada a sua dor física os impede de fazer o que precisam; 17%, diz que muito pouco a sua dor física os impede de fazer o que precisam; 29% afirma que a sua “...” mais ou menos ; a maioria dos inquiridos situa-se no bastante (32%) e 18% referem que a sua dor física os impede extremamente de fazer o que precisam (gráfico nº 70).

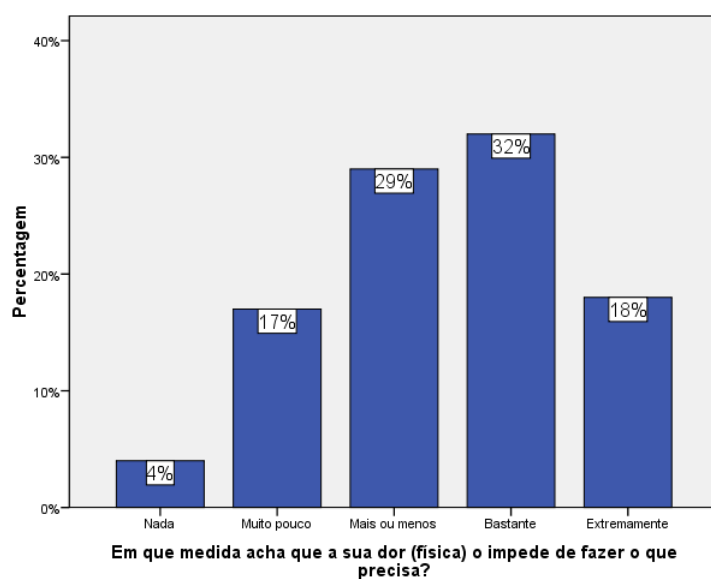


Gráfico n.º 70: Distribuição das respostas relativamente ao impedimento de realizar tarefas pela dor física

Tratamento Médico

Relativamente à questão de **“Quanto necessita de algum tratamento médico para realizar a sua vida diária?”** podemos observar que 1% dos inquiridos diz não necessitar nada; 8% refere precisar muito pouco; 26% referem precisar mais ou menos; 47% menciona precisar bastante e 18% diz necessitar extremamente de algum “...”, (gráfico n.º 71).

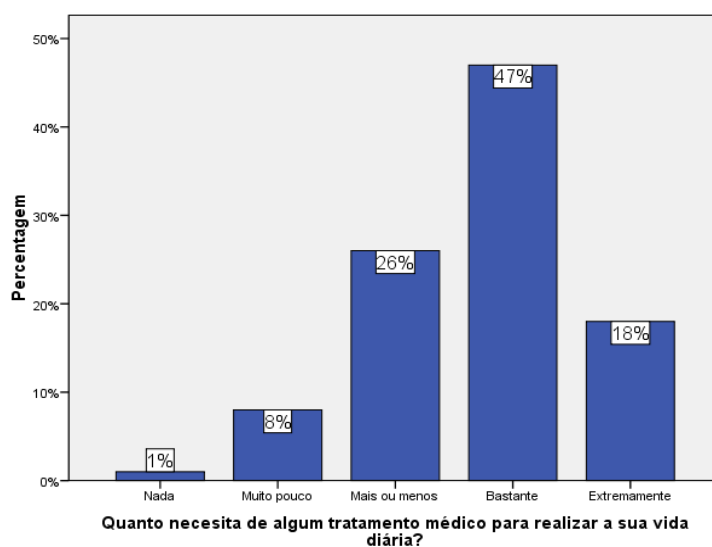


Gráfico n.º 71: Distribuição das respostas Relativamente à necessidade de tratamento médico

Aproveitamento da Vida

Em relação à questão de **“Quanto aproveita da vida?”** verifica-se que a grande maioria refere aproveitar muito pouco a vida (46%); 25% diz não aproveitar nada; 22% considera aproveitar a vida mais ou menos; 7% refere aproveitar bastante a vida e ninguém considera aproveitar extremamente a vida, gráfico n° 72.

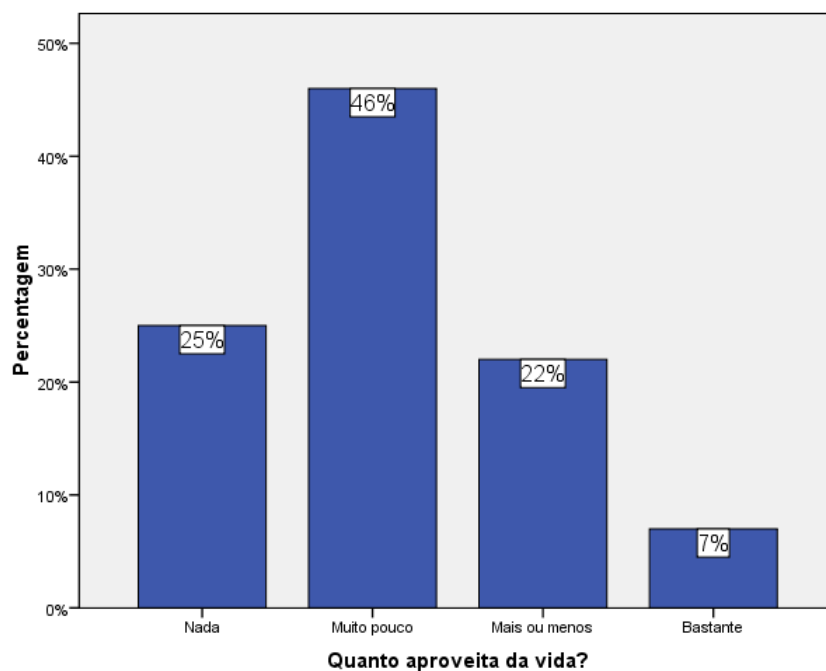


Gráfico n° 72: Distribuição das respostas relativamente ao quanto aproveita a vida

Sentido da Vida

Quanto à questão de **“Em que medida acha que a sua vida tem sentido?”** pode-se verificar que a maioria (39%) refere que mais ou menos; 33% dos inquiridos considera que a sua vida tem bastante sentido; 14% diz que a sua vida tem muito pouco sentido; 12% afirma que a sua vida não tem nenhum sentido e só 2% considera que a sua vida tem um sentido extremo (gráfico n° 73).

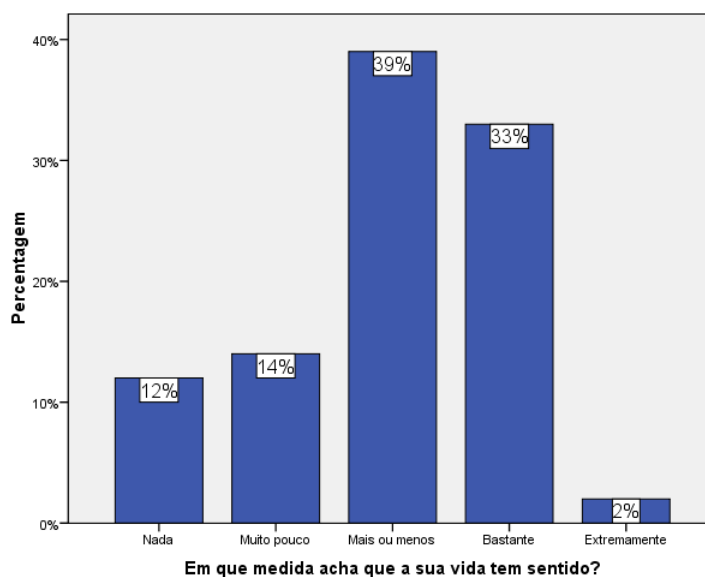


Gráfico nº 73: Distribuição das respostas relativamente ao sentido da vida

Grau de Concentração

Em relação á questão de “**Quanto se consegue concentrar?**” apura-se que a grande maioria (55%) refere conseguir mais ou menos concentrar-se; 18% refere conseguir muito pouco; 12% afirma não conseguir nada; 11% diz conseguir concentrar-se bastante e 4% declara conseguir concentrar-se extremamente, (gráfico nº 74).

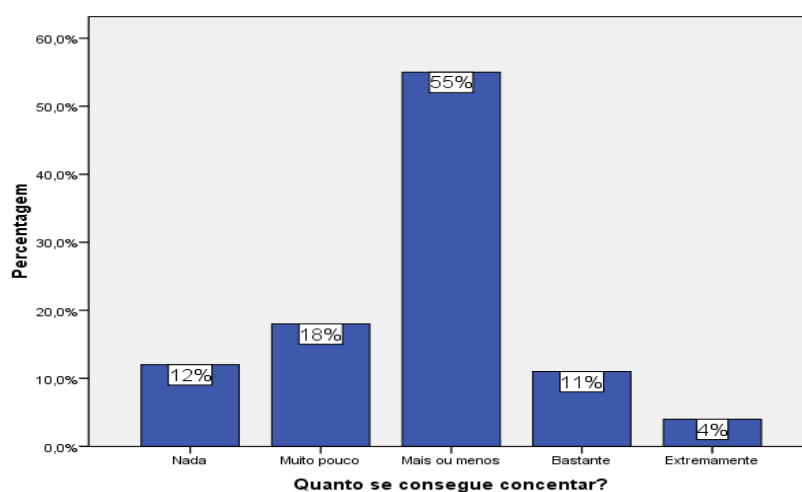


Gráfico nº 74: Distribuição das respostas relativamente à concentração

Grau de Segurança Quotidiana

Relativamente ao “**Quanto seguro se sente na sua vida diária?**” A grande maioria dos indivíduos (46%) diz sentir-se mais ou menos seguro; 23% referem que se sentem muito pouco seguros; 16% assumem não se sentir nada seguros; 13% consideram sentir-se bastante seguros e 2% dizem sentir-se extremamente seguros nas suas vidas diárias (gráfico nº 75).

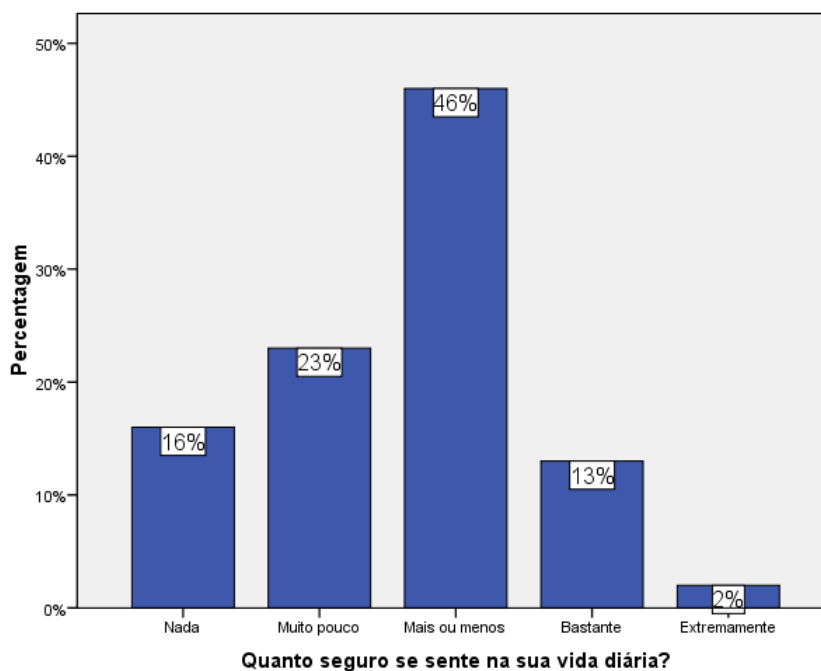


Gráfico nº 75: Distribuição das respostas relativamente à segurança quotidiana

Qualidade do Ambiente Físico

Em relação ao “**Quanto saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atractivos)?**” 62% dos inquiridos refere que é mais ou menos; 17% diz que é bastante saudável; 16% considera muito pouco saudável; 3% diz não ser nada saudável e 2% declara que é extremamente saudável o seu ambiente físico (gráfico nº 76).

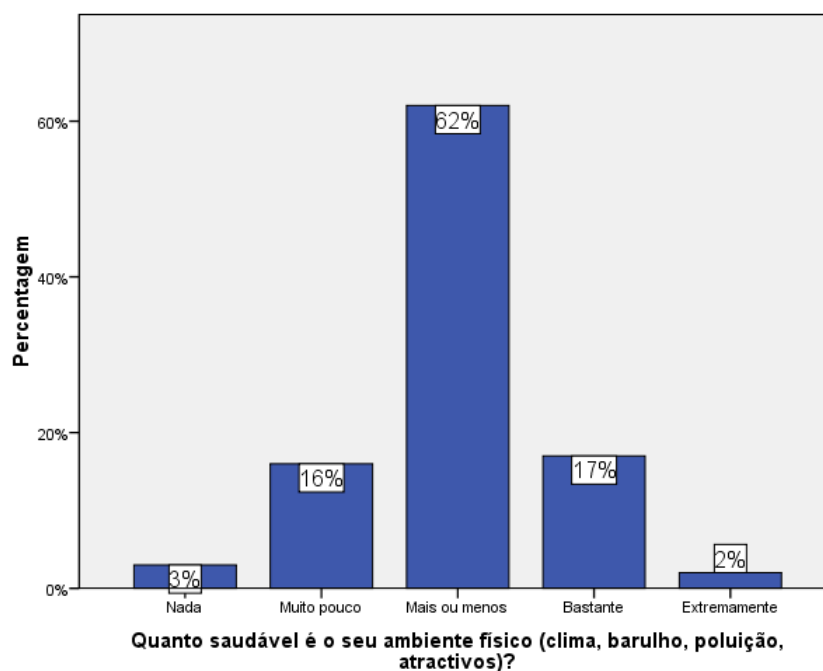


Gráfico nº 76: Distribuição das respostas relativamente ao ambiente físico

O quadro seguinte apresenta a distribuição das respostas relativamente ao quanto se tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	Nada		Muito pouco		Médio		Muito		Completamente	
	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%
Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	9	9	29	29	52	52	9	9	1	1
É capaz de aceitar a sua aparência física?	9	9	28	28	46	46	9	9	8	8
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	13	13	47	47	37	37	1	1	2	2
Quanto disponíveis para si estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	4	4	31	31	52	52	12	12	1	1
Em que medida tem oportunidade de actividades de lazer?	28	28	50	50	18	18	3	3	1	1

Quadro nº 49: Quanto se tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas

Grau de energia Quotidiana

Em relação à questão “**Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?**” A grande maioria (52%) considera ter energia média; 29% refere ter muito pouca energia; 9% dos inquiridos considera não ter nada de energia para o seu dia a dia e outros 9% refere ter muita energia; 1% diz ter completamente energia suficiente para o seu dia a dia, (gráfico nº 77).

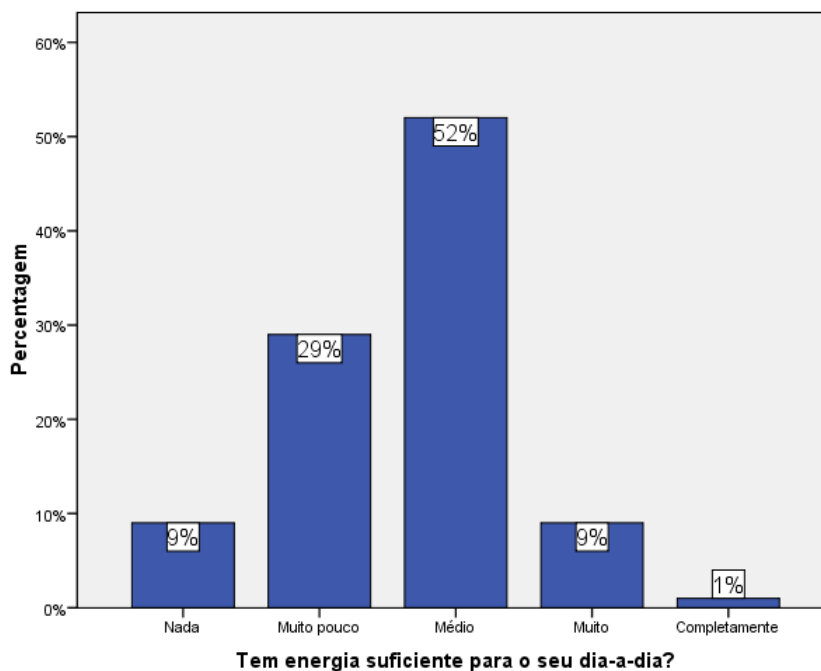


Gráfico 77: Distribuição das respostas relativamente à energia

Aceitação da Aparência Física

Quanto à questão “**É capaz de aceitar a sua aparência física?**” 46% dos indivíduos considera média a sua aceitação; 28% referem ser capazes de aceitar a sua aparência física muito pouco; 9% diz ser capaz de aceitar muito a sua aparência física e outros 9% refere não ser capaz de aceitar nada a sua aparência física e 8% dos inquiridos refere ser capaz de aceitar a sua aparência física completamente (gráfico nº 78).

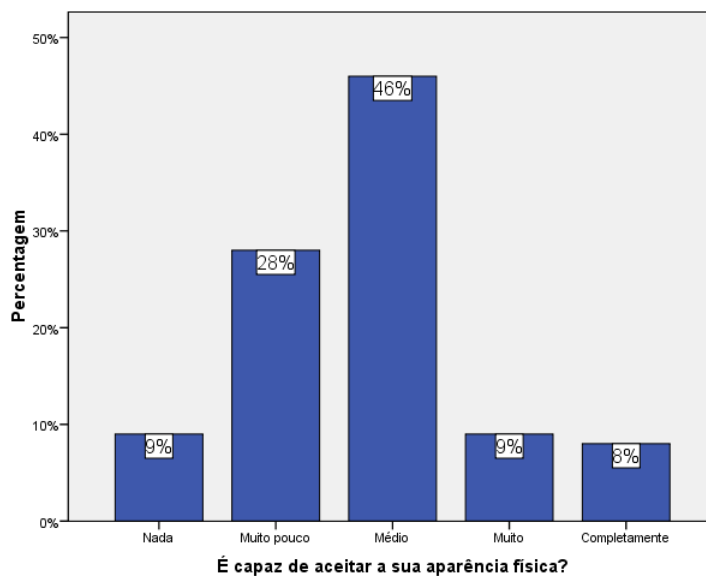


Gráfico n.º 78: Distribuição das respostas relativamente à Capacidade de aceitação da aparência física

Satisfação Económica

Em relação ao quesito “**Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?**” obtiveram-se os seguintes resultados: 47% refere ter muito pouco; 37% diz ter em média dinheiro suficiente; 13% revelou não ter nada; 1% assumiu ter muito dinheiro e 2% revelam ter completamente dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades (gráfico n.º 79).

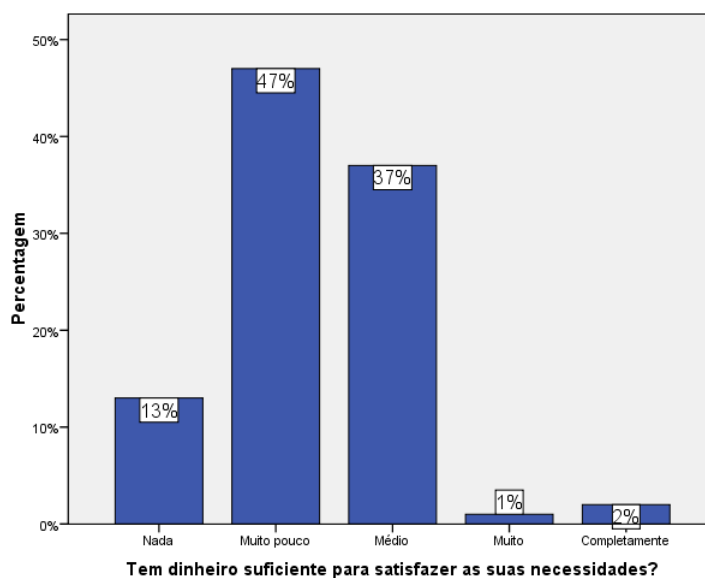


Gráfico n.º 79: Distribuição das respostas relativamente à condição monetária

Informações diárias

Em relação á questão de **“Quanto disponíveis para si estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?”** a grande maioria dos inquiridos (52%), referem que a um nível médio têm as informações que precisam no seu dia a dia disponíveis; 31% diz que têm muito pouco; 12% considera que tem as informações que precisam no seu dia a dia muito disponíveis; 4% refere não ter nada e 1% afirma ter completamente disponíveis as informações que precisam no seu dia a dia, como pode ser visualizado no gráfico n° 80.

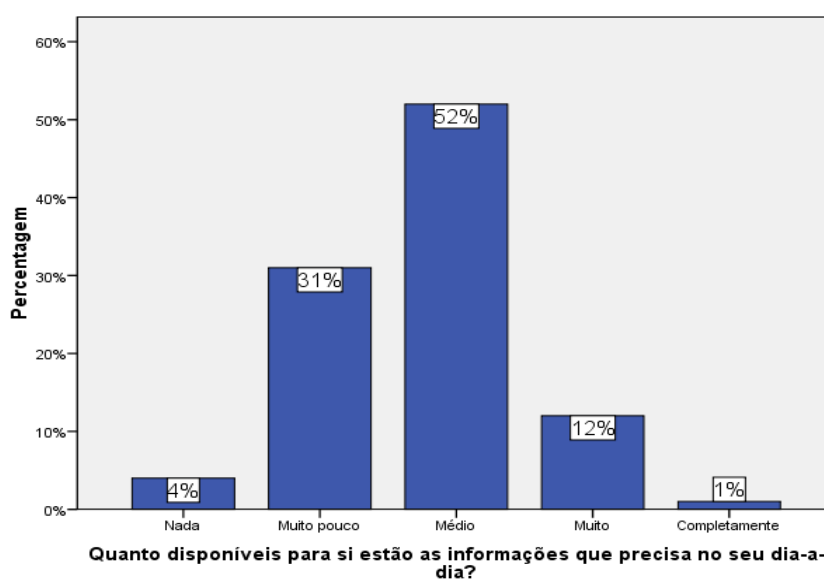


Gráfico n° 80: Distribuição das respostas relativamente à disponibilidade de informação

Actividades de Lazer

Quanto à questão **“Em que medida tem oportunidade de actividades de lazer?”** verifica-se que a grande maioria dos inquiridos se coloca em muito pouco (50%); seguida de 28% que considera nada; 18% diz ter oportunidade mediamente; 3% afirma ter muitas oportunidades e 1% refere ter completamente oportunidade de actividades de lazer (gráfico n° 81).

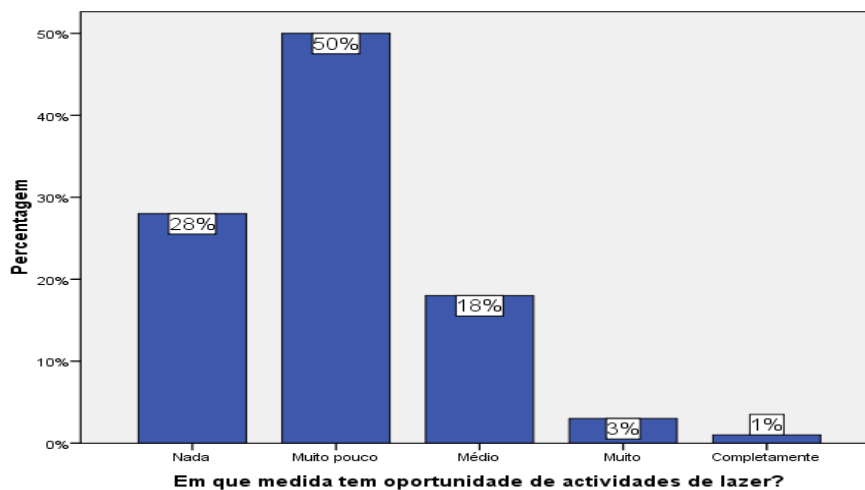


Gráfico nº 81: Distribuição das respostas relativamente a actividades de lazer

Grau de satisfação com a vida nas duas últimas semanas

As questões seguintes dizem respeito ao quanto bem ou satisfeito se sentiu a respeito dos vários aspectos da sua vida, nas últimas duas semanas.

Capacidade de Movimentação

Relativamente á capacidade de se movimentar verifica-se 33% refere ser bastante capaz de se movimentar; 24% afirma que nem muito nem pouco; 16% assume ser muito pouco capaz de se movimentar; 15% diz ser capaz pouco e 12% declara ser capaz de se movimentar muito bem, como pode ser observado no quadro nº 50 e gráfico nº 82.

	N ^o resp.	%
Muito pouco	16	16
Pouco	15	15
Nem muito nem pouco	24	24
Bastante	33	33
Muito bem	12	12
Total	100	100

Quadro n^o 50: Distribuição das respostas relativamente à capacidade de movimentação

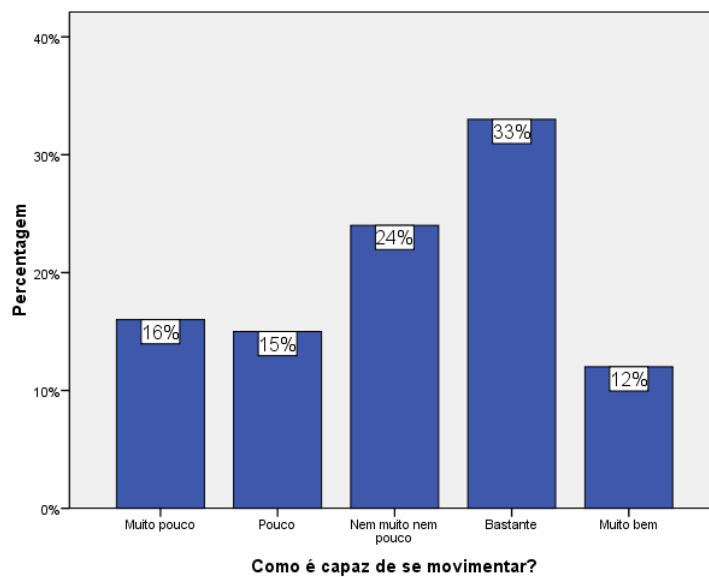


Gráfico n^o 82: Distribuição das respostas relativamente à capacidade de movimentação

De seguida passamos a apresentar a distribuição das respostas relativamente ao quanto bem ou satisfeito se sentiu a respeito dos vários aspectos da sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%
Quanto satisfeito está com o seu sono?	17	17	28	28	31	31	22	22	2	2
Quanto satisfeito está com a sua capacidade de desenvolver as actividades do seu dia-a-dia?	16	16	26	26	33	33	24	24	1	1
Quanto satisfeito está com a sua capacidade para trabalho?	25	25	28	28	27	27	19	19	1	1
Quanto satisfeito está consigo mesmo?	10	10	24	24	43	43	19	19	4	4
Quanto satisfeito está com as suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	9	9	15	15	39	39	36	36	1	1
Quanto satisfeito está com sua vida sexual?	42	42	23	23	20	20	14	14	1	1
Quanto satisfeito está com o apoio que recebe dos seus amigos?	9	9	25	25	35	35	29	29	2	2
Quanto satisfeito está com com as condições do local onde mora?	6	6	21	21	40	40	28	28	5	5
Quanto satisfeito está com o seu acesso aos serviços de saúde?	13	13	47	47	21	21	16	16	3	3
Quanto satisfeito está com o seu meio de transporte?	5	5	21	21	34	34	36	36	4	4

Quadro nº 51: Distribuição das respostas relativamente ao quanto bem ou satisfeito se sentiu a respeito dos vários aspectos da sua vida, nas últimas duas semanas

Satisfação com o Sono

Quanto à questão “**Quanto satisfeito está com o seu sono?**” A maioria dos inquiridos refere que não está nem satisfeito nem insatisfeito (31%); 28% diz-se insatisfeito; 22% assume-se satisfeito; 17% diz estar muito insatisfeito e 2% afirma estar muito satisfeito como pode ser observado no gráfico nº 83.

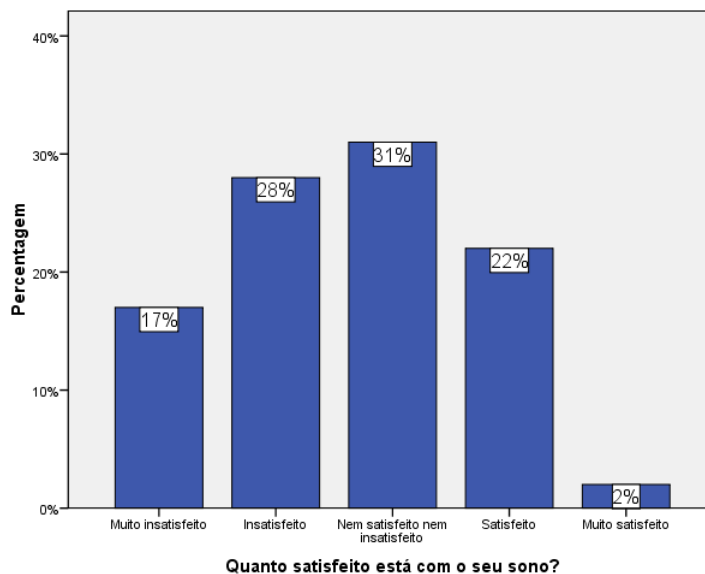


Gráfico n° 83: Distribuição das respostas relativamente à satisfação com o sono

Actividades do dia-a-dia

Em relação à questão de “**Quanto satisfeito está com a sua capacidade de desenvolver as actividades do seu dia-a-dia?**” apura-se que a maioria dos inquiridos não está nem satisfeito nem insatisfeito (33%); 26% considera-se insatisfeito; 24% refere estar satisfeito; 16% diz estar muito insatisfeito e só 1% assume estar muito satisfeito, como pode ser observado no gráfico n° 84.

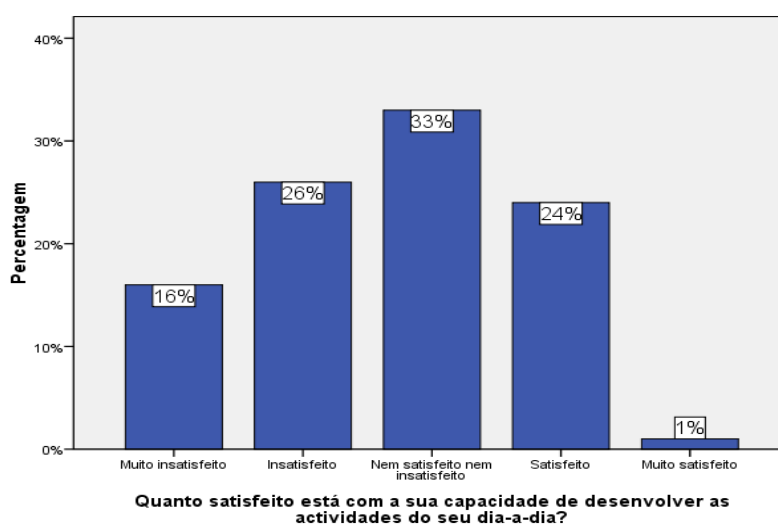


Gráfico n° 84: Distribuição das respostas relativamente à capacidade de desenvolver as actividades da vida diária

Relativamente á questão “**Quanto satisfeito está com a sua capacidade para o trabalho?**” a maioria dos indivíduos diz estar insatisfeito (28%); 27% considera não estar nem satisfeito nem insatisfeito; 25% refere estar muito insatisfeito; 19% considera-se satisfeito e 1% refere estar muito satisfeito com a sua capacidade para o trabalho, como pode ser observado no gráfico n° 85.

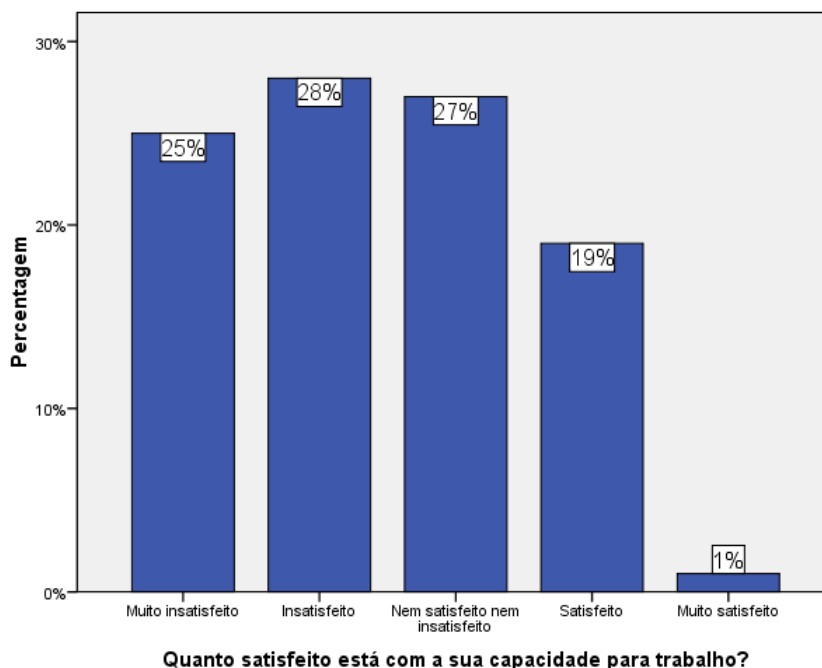


Gráfico n° 85: Distribuição das respostas relativamente à capacidade para o trabalho

Auto - satisfação

Quanto à questão “**Quanto satisfeito está consigo mesmo?**” A grande maioria dos indivíduos desta amostra considera não estar nem satisfeito nem insatisfeito (43%); 24% diz estar insatisfeito; 19% refere estar satisfeito; 10% assume-se muito insatisfeito e 4% muito satisfeito, como pode ser observado no gráfico n° 86.

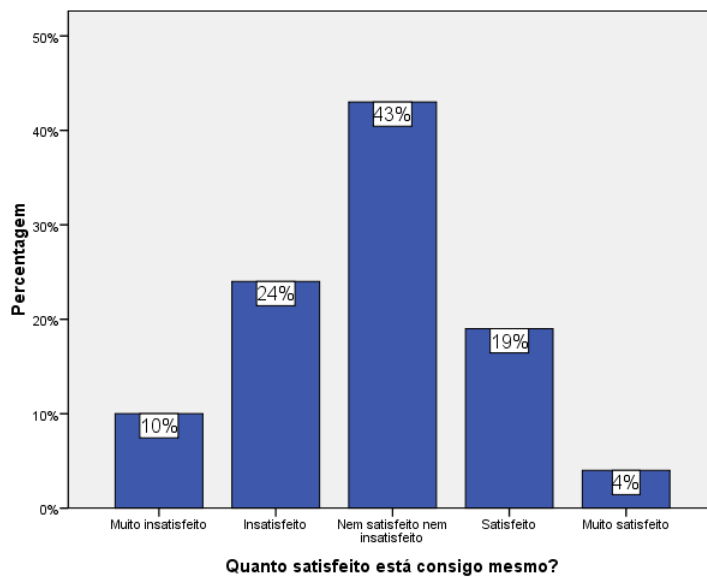


Gráfico n.º 86: Distribuição das respostas relativamente à satisfação consigo próprio

Relações pessoais

Em relação à pergunta de “**Quanto satisfeito está com as suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?**” A maioria dos inquiridos considera que não está nem satisfeito nem insatisfeito (39%); 36% diz estar satisfeito; 15% refere estar insatisfeito; 9% afirma estar muito insatisfeito e 1% assume estar muito satisfeito, como pode ser observado no gráfico n.º 87.

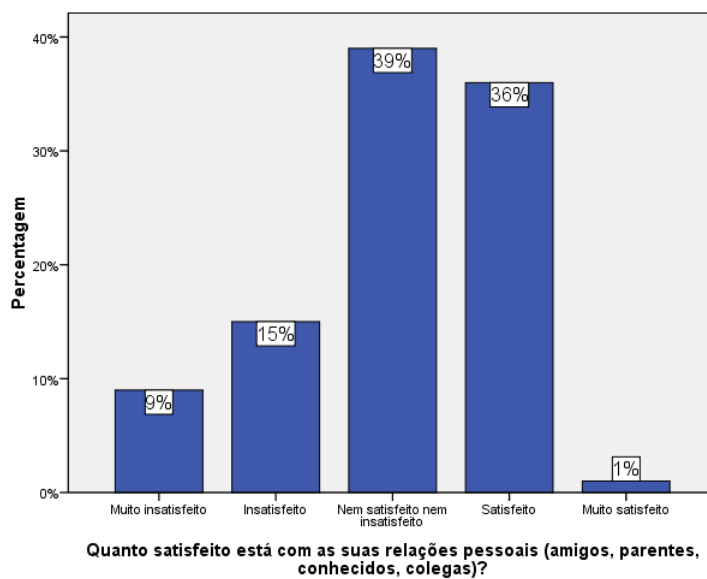


Gráfico n.º 87: Distribuição das respostas relativamente à satisfação das relações pessoais

Sexualidade

Em relação ao “**Quanto satisfeito está com sua vida sexual?**” A grande maioria dos indivíduos (42%) diz-se muito insatisfeito; 23% refere estar insatisfeito; 20% afirma que nem satisfeito nem insatisfeito; 14% diz-se satisfeito e 1% muito satisfeito, conforme pode ser observado no gráfico n° 88.

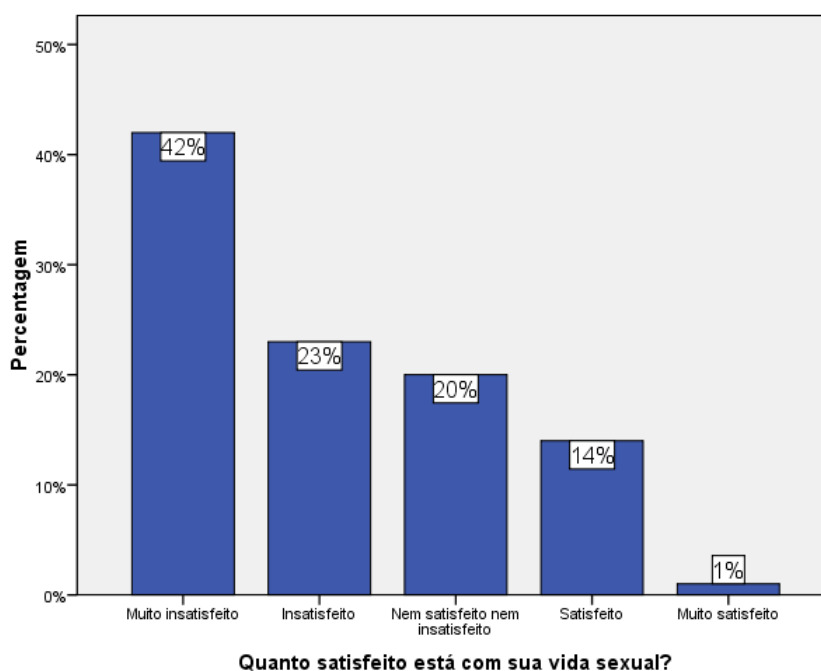


Gráfico 88: Distribuição das respostas relativamente à satisfação da vida sexual

Apoio dos amigos

Em relação à questão de “**Quanto satisfeito está com o apoio que recebe dos seus amigos?**”, verifica-se que a maioria (35%) refere estar nem satisfeito nem insatisfeito; 29% diz estar satisfeito; 25% afirma estar insatisfeito; 9% refere estar muito insatisfeito e 2% diz estar muito satisfeito, como pode ser observado no gráfico n° 89.

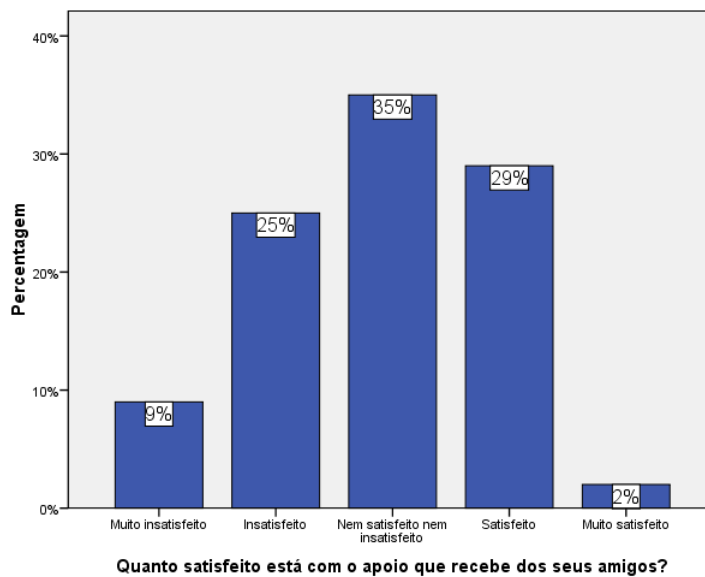


Gráfico nº 89: Distribuição das respostas relativamente apoio dos amigos

Local de residência

Relativamente ao local onde mora “**Quanto satisfeito está com as condições do local onde mora?**” A grande maioria dos indivíduos desta amostra diz que nem satisfeito nem insatisfeito (40%); 28% refere estar satisfeito; 21% assume-se insatisfeitos; 6% diz-se muito insatisfeitos e 5% revelam-se muito satisfeitos, como pode ser observado no gráfico nº 90.

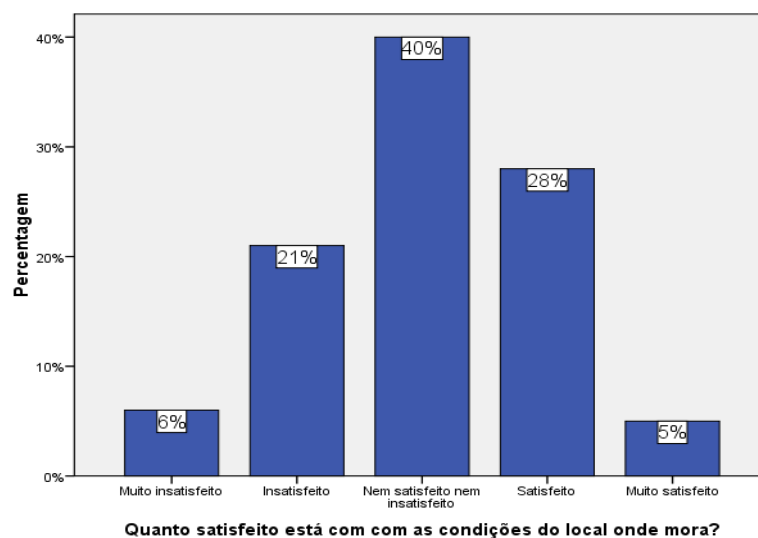


Gráfico 90: Distribuição das respostas relativamente ao local de residência

Atendendo à questão “**Quanto satisfeito está com o seu acesso aos serviços de saúde?**”, verifica-se que a grande maioria dos inquiridos (47%), se encontra insatisfeito; 21% refere estar nem satisfeito nem insatisfeito; 16% dizem estar satisfeitos; 13% referem estar muito insatisfeitos e 3% consideram-se muito satisfeitos, como pode ser observado no gráfico nº 91.

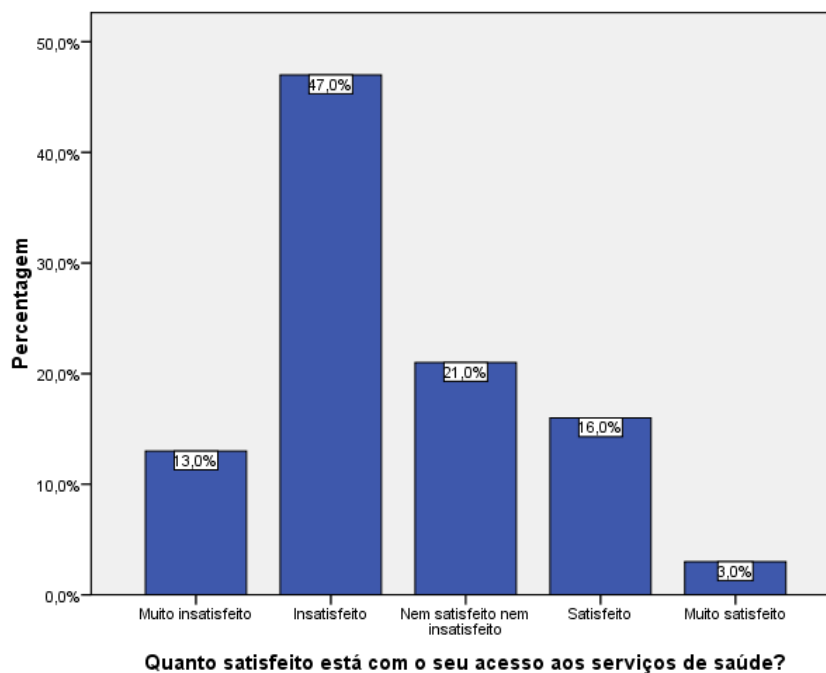


Gráfico nº 91: Distribuição das respostas relativamente ao acesso aos serviços de saúde

Meio de transporte

Em relação à questão “**Quanto satisfeito está com o seu meio de transporte?**”, a maioria das pessoas pertencentes a esta amostra (36%) diz-se satisfeito com o seu meio de transporte; 34% considera-se nem satisfeito, nem insatisfeito; 21% refere estar insatisfeito; 5% diz-se muito insatisfeito e 4% acha-se muito satisfeito com o seu meio de transporte, como pode ser observado no gráfico nº 92.

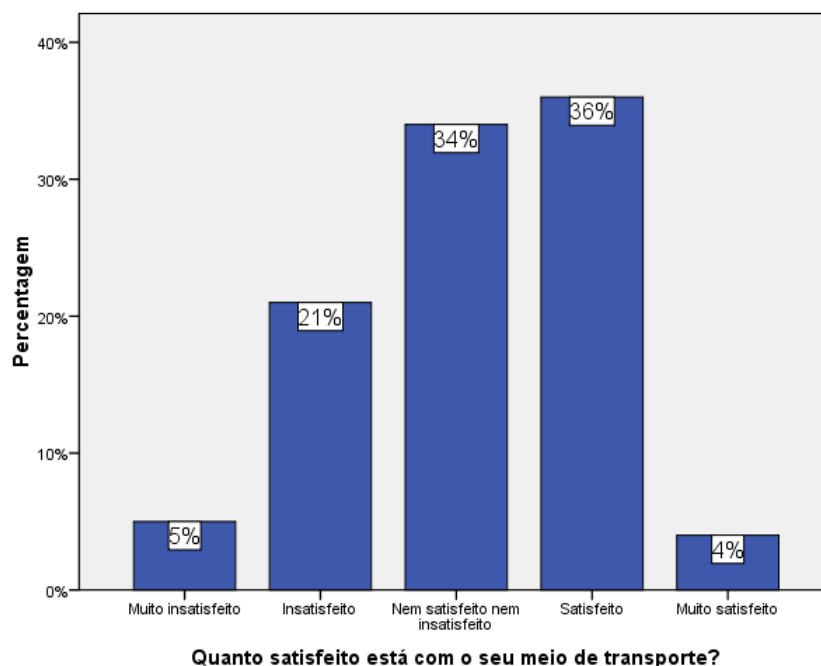


Gráfico nº 92: Distribuição das respostas relativamente ao meio de transporte

Sentimentos negativos

		Nº resp.	%	% válida
Válidas	Nunca	1	1,0	1,0
	Algumas vezes	44	44,0	45,4
	Frequentemente	23	23,0	23,7
	Muito frequentemente	21	21,0	21,6
	Sempre	8	8,0	8,2
	Total	97	97,0	100,0
Em falta	Não respondeu	3	3,0	
Total		100	100,0	

Quadro nº 52: Com que frequência tem sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Em relação à questão “**Com que frequência tem sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?**”, 3 indivíduos não responderam; a maior parte dos respondentes (45,4%) considera que tem esses sentimentos algumas vezes; 23,7% diz que frequentemente tem sentimentos negativos; 21,6% refere ter esses sentimentos negativos

muito frequentemente; 3,2% assume ter esses sentimentos negativos sempre e 1% diz nunca ter sentimentos negativos, como pode ser observado no gráfico nº 93.

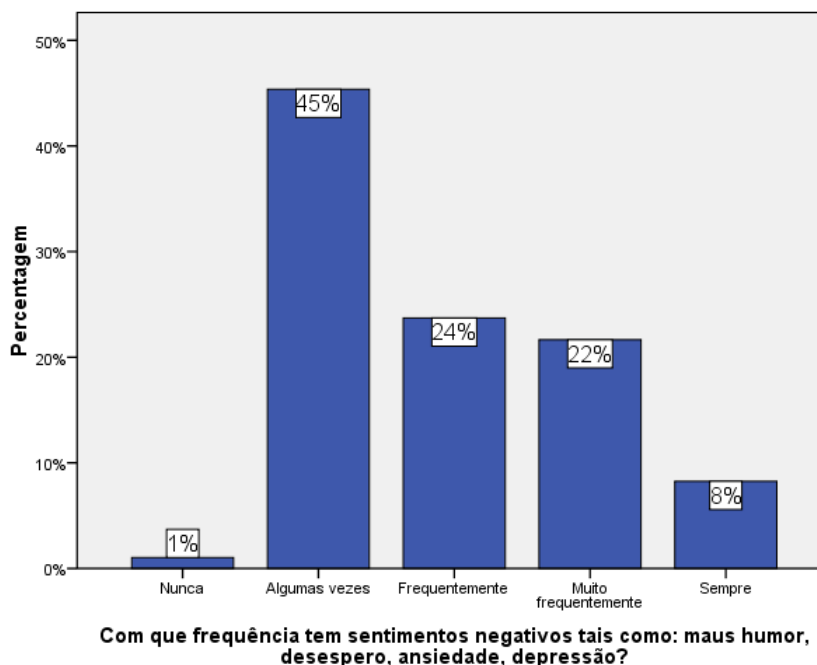


Gráfico 93: Distribuição das respostas relativamente aos sentimentos negativos

Ajuda no preenchimento do questionário

		Nº resp.	%	% válida
Válidas	Sim	90	90,0	93,8
	Não	6	6,0	6,2
	Total	96	96,0	100,0
Em falta	Não respondeu	4	4,0	
Total		100	100,0	

Quadro nº 53: Alguém o ajudou a preencher este questionário?

Em relação a ter tido ajuda no preenchimento do questionário: 93,8% dos inquiridos tiveram ajuda do investigador e 6,2% preencheram sozinhos, na presença do investigador, como pode ser observado no gráfico nº 94.

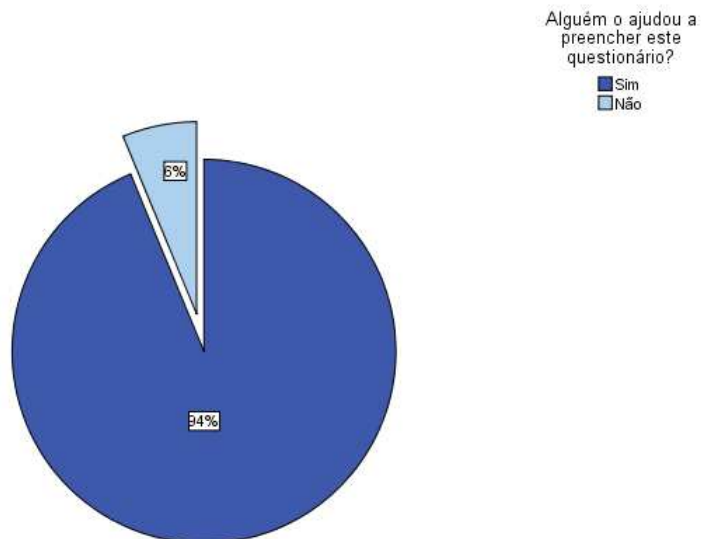


Gráfico n° 94: Alguém o ajudou a preencher este questionário?

Tempo de preenchimento do questionário

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Quanto tempo levou a preencher este questionário? (min.)	95	5	120	20,62	16,538

Quadro n° 54: Medidas descritivas para o tempo que demoraram a preencher o questionário

Quanto ao tempo de preenchimento do questionário verifica-se que o tempo mínimo foi de 5 minutos, o máximo de 120 minutos, sendo a média de 20,62 minutos e o desvio padrão de 16,538.

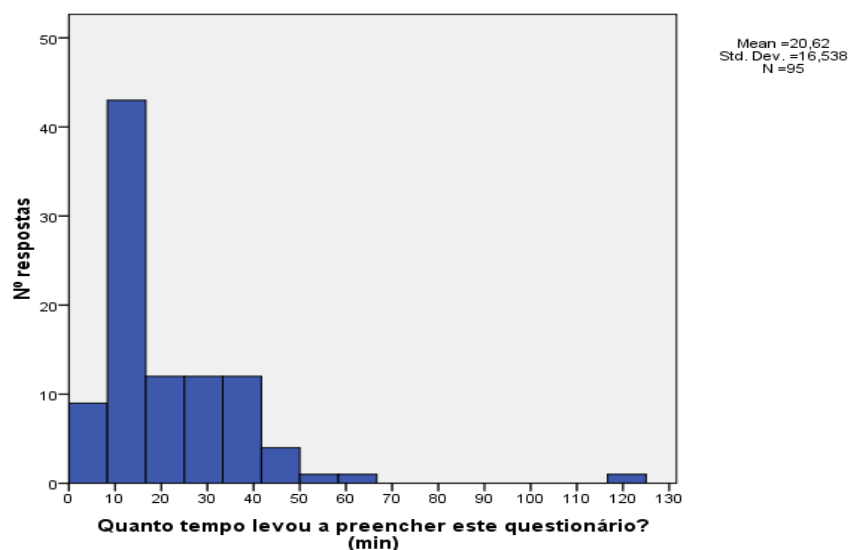


Gráfico nº 95: Distribuição do tempo que demorou a preencher o questionário

No quadro nº 55 encontram-se as medidas descritivas da avaliação de cada um dos dimensões do questionário WHOQOL-*breief*, Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente. Relativamente à dimensão “Físico”, cuja avaliação mínima possível é de 7 e a máxima de 35, sendo o ponto média da dimensão de 21, pode ver-se que em média, os respondentes estão muito próximos do ponto médio da escala (20,65). Isto significa que os constituintes desta amostra se encontram medianamente satisfeitos com a sua condição física.

Quanto à dimensão “Psicológico”, verifica-se que em média (16,43) estão abaixo do ponto médio da escala, 18, onde o valor mínimo possível é de 6 e o máximo de 30. Este resultado, indica que os respondentes estão pouco satisfeitos com a sua capacidade psicológica.

No que diz respeito à dimensão “Relações sociais”, a avaliação média desta dimensão nos respondentes está ligeiramente abaixo (8,04) do ponto médio da escala que é de 9. Este resultado indica que os indivíduos que constituem a amostra, estão satisfeitos ou pouco satisfeitos com as suas relações sociais. A avaliação mínima possível para esta dimensão é de 3 e a máxima é de 15.

Finalmente, no que concerne à dimensão “Meio ambiente”, verifica-se que estão pouco satisfeitos com o seu meio ambiente, uma vez que a média da sua avaliação é de 21,34 contra a média da escala que é de 24. A avaliação mínima desta dimensão é de 8 e a máxima de 40.

Relativamente à avaliação global do questionário WHOQOL-*brief*, indica que em média, os respondentes estão pouco satisfeitos com a sua qualidade de vida, uma vez a média obtida é de 72,36 contra a média global da escala que é de 78. A avaliação global mínima é de 26 e a máxima é de 130.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Dimensão “Físico” WHOQOL- <i>brief</i>	100	14	30	20,65	3,486
Dimensão “Psicológico” WHOQOL- <i>brief</i>	97	9	25	16,43	3,282
Dimensão “Relações sociais” WHOQOL- <i>brief</i>	100	3	13	8,04	2,582
Dimensão “Meio ambiente” WHOQOL- <i>brief</i>	100	8	35	21,34	4,747
Avaliação global do WHOQOL- <i>brief</i>	96	38	106	72,36	13,73

Quadro nº 55: Medidas descritivas da avaliação das dimensões do questionário WHOQOL-*brief*

7.3. DEPRESSÃO

7.3.1. Estatística descritiva do Questionário Inventário Depressivo de Beck.

Tristeza

P.1. Inventário Beck

	Nº resp.	%
Não me sinto triste.	18	18,0
Sinto-me triste.	49	49,0
Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.	25	25,0
Estou triste ou infeliz que não posso aguentar!	8	8,0
Total	100	100,0

Quadro nº 56: Distribuição das respostas relativas ao grupo de afirmativas 1 do I. B.

Relativamente ao primeiro grupo de afirmações verifica-se que a grande maioria dos indivíduos se sente triste (49%); seguido de 25% dos inquiridos que considera sentir-se triste

o tempo todo e não conseguir sair disso; 18% refere não se sentir triste e 8% diz estar tão triste que não pode aguentar, como pode ser verificado no gráfico nº 96.

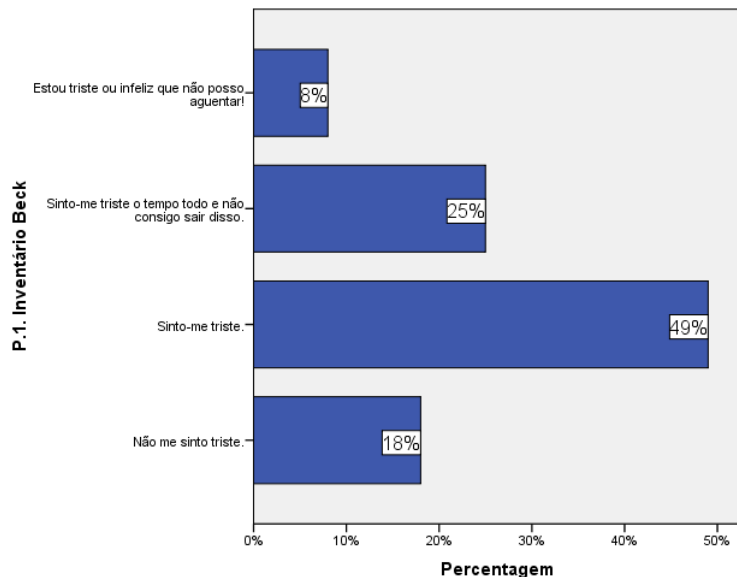


Gráfico nº 96: Distribuição das respostas relativas ao grupo de afirmativas 1 do I.B.

	Nº resp.	%
Não estou particularmente desencorajado(a) quanto ao futuro.	13	13
Sinto-me desencorajado(a) quanto ao futuro.	41	41
Sinto que não tenho nada por que esperar.	29	29
Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.	17	17
Total	100	100

Quadro nº 57: Distribuição das respostas relativas ao grupo de afirmativas 2 do I. B.

No grupo 2 de afirmativas observa-se que a maioria dos inquiridos se sente desencorajado quanto ao futuro (41%); 29% refere não ter nada por que esperar e 17% sentirem que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar e 13% não estar particularmente desencorajado quanto ao futuro, como pode ser verificado no gráfico nº 97.

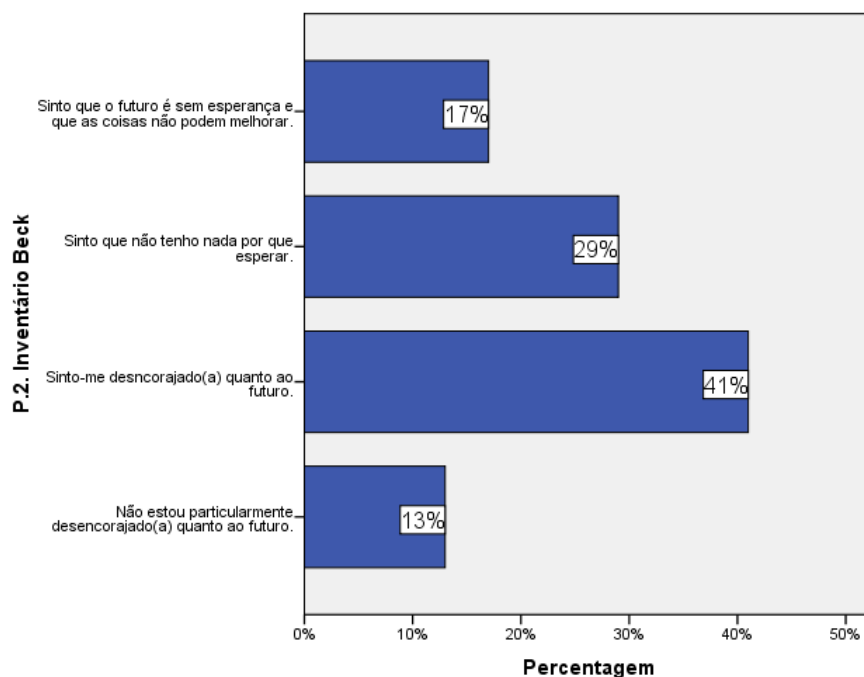


Gráfico n.º 97: Distribuição das respostas relativas ao grupo de afirmativas 2 do I. B.

Fracasso

	N.º resp.	%
Não me sinto fracassado(a).	31	31
Sinto que falhei mais do que o indivíduo médio.	39	39
Quando olho para trás na minha vida, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.	27	27
Sinto que sou um fracasso completo em pessoa.	3	3
Total	100	100

Quadro n.º 58: Distribuição das respostas relativas ao grupo de afirmativas 3 do I. B.

No grupo de afirmativas 3, a maioria dos indivíduos (39%) refere sentir que falhou mais que o indivíduo médio; 31% diz não se sentir fracassado; 27% aponta para uma quantidade de fracassos na sua vida e 3% assume-se como um fracasso completo, como pode ser verificado no gráfico n.º 98.

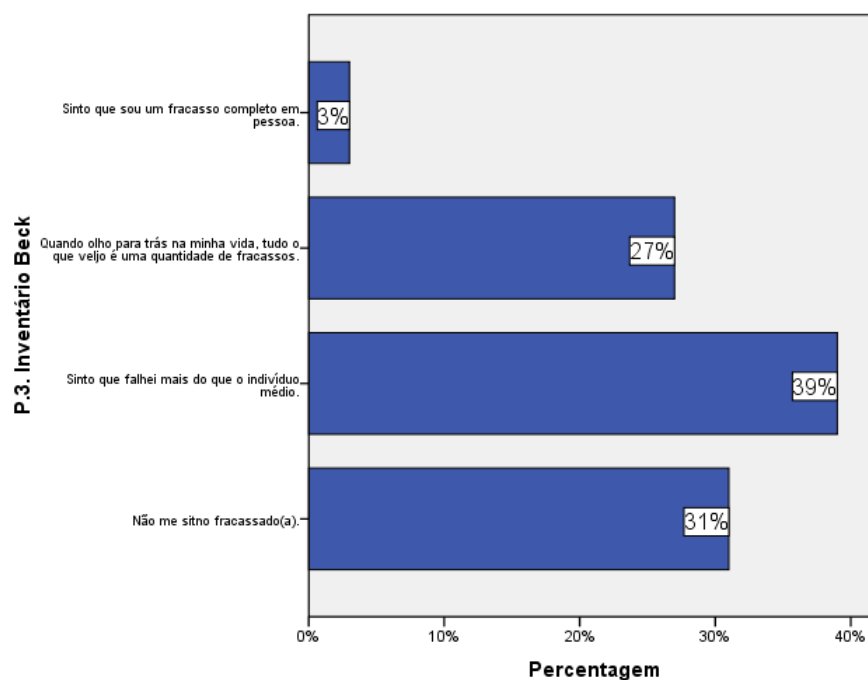


Gráfico n.º 98: Distribuição das respostas relativas ao grupo de afirmativas 3 do I.B.

Satisfação

	N.º resp.	%
Obtenho tanta satisfação com as coisas como antigamente.	6	6
Não gosto das coisas da maneira como costumava gostar.	62	62
Não consigo mais sentir satisfação real em coisa alguma.	21	21
Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.	11	11
Total	100	100

Quadro n.º 59: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 4 do I. B.

No grupo 4 de afirmativas verifica-se que a grande maioria dos inquiridos refere não gostar das coisas da mesma maneira como costumava gostar (62%), sendo que 21% diz não sentir mais satisfação real em coisa alguma; 11% assume-se insatisfeito (a) ou entediado (a) com tudo e 6% exprime obter tanta satisfação com as coisas como antigamente, como pode ser verificado no gráfico n.º 99.

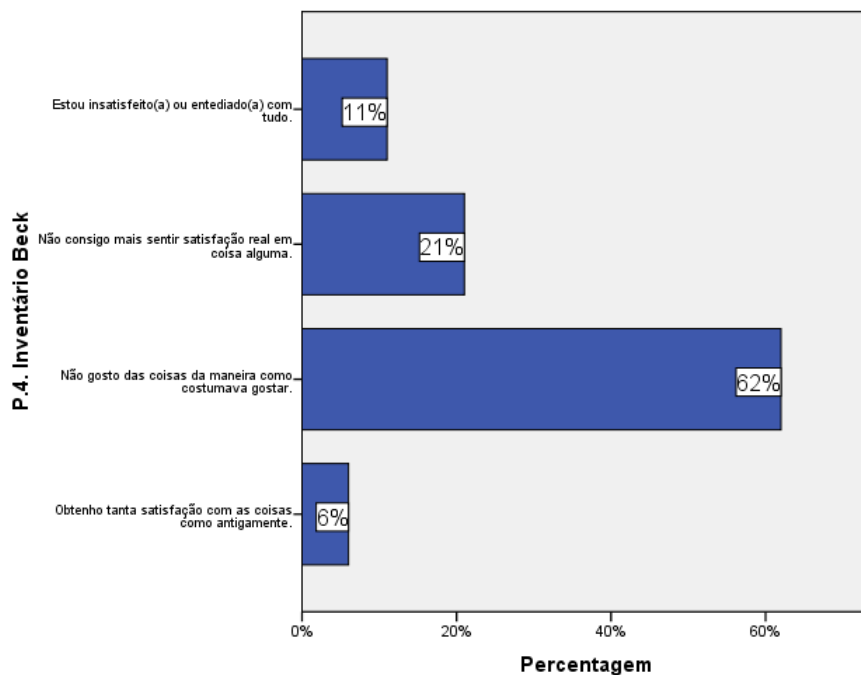


Gráfico n° 99: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 4 do I. B.

Culpa

		Nº resp.	%	% válida
Validas	Não me sinto particularmente culpado(a).	34	34	34,3
	Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.	49	49	49,5
	Sinto-me culpado(a) a maior parte do tempo.	16	16	16,2
	Total	99	99	100
Em falta	Não respondeu	1	1	
	Total	100	100	

Quadro n° 60: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 5 do I. B.

Neste grupo (5) de afirmativas salienta-se que a maioria dos indivíduos se sente culpado uma boa parte do tempo (49,5%); 34,3% não se sente culpado e 16,2% Sente-se culpado(a) a maior parte do tempo. Um indivíduo não respondeu. Gráfico n° 100.

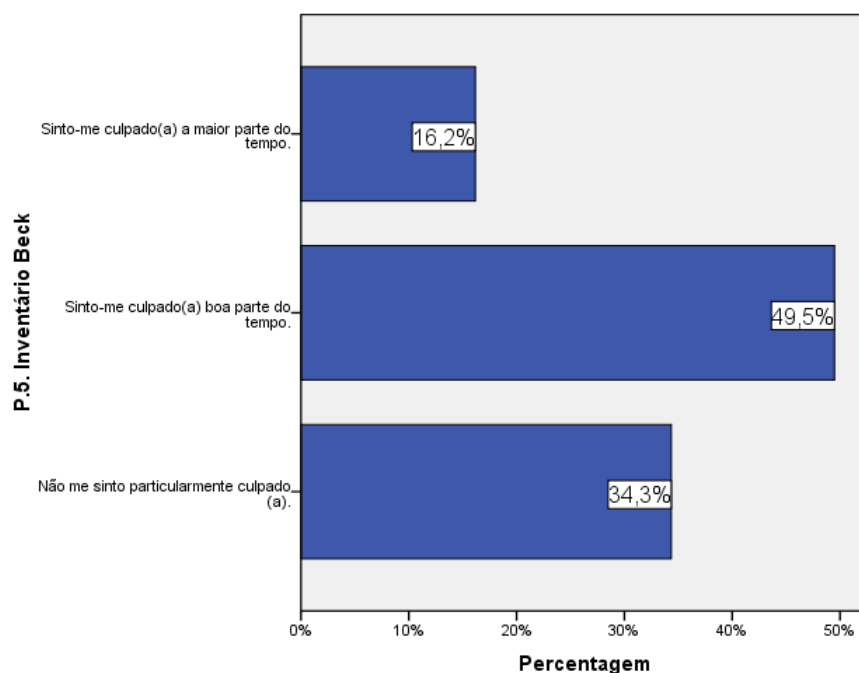


Gráfico n° 100: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 5 do I. B.

Punição

	N° resp.	%
Não sinto que esteja sendo punido(a).	67	67
Sinto que posso ser punido(a).	28	28
Espero ser punido(a).	2	2
Sinto que estou a ser punido(a).	3	3
Total	100	100

Quadro n° 61: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 6 do I. B.

No conjunto (6) de afirmativas, a maioria desta amostra (67%), afirma não sentir que esteja sendo punido(a), sendo que 28% dos indivíduos diz sentir que possa ser punido(a), 3% referem sentir que estão a ser punidos e 2% esperam vir a ser punidos (as). Gráfico n° 101.

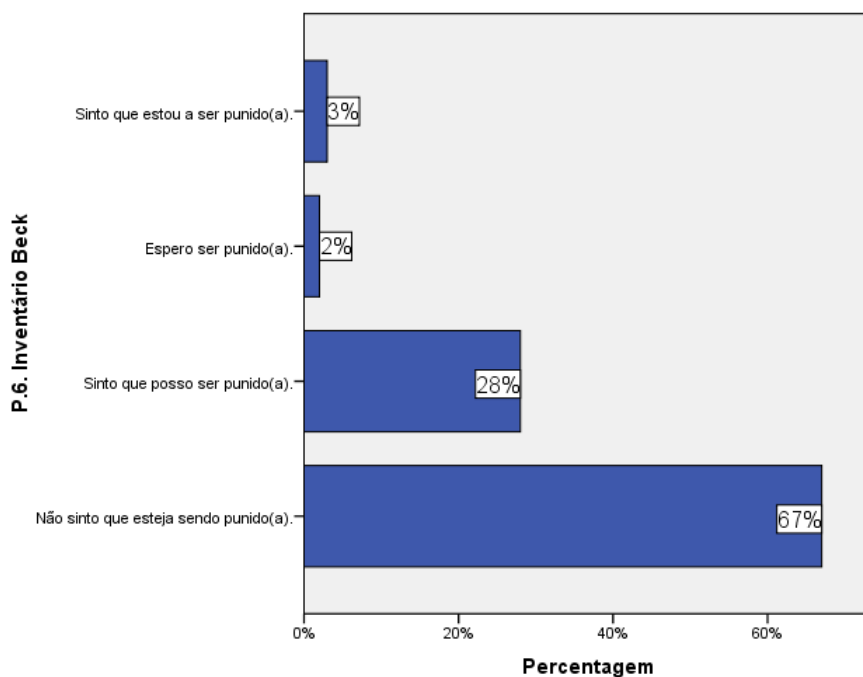


Gráfico n.º 101: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 6 do I. B.

Desapontado

	N.º resp.	%
Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).	29	29,0
Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).	44	44,0
Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a).	26	26,0
Eu odeio-me.	1	1,0
Total	100	100,0

Quadro n.º 62: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 7 do I. B.

Quanto ao grupo (7) de afirmativas, a maioria dos indivíduos diz sentirem-se desapontados com eles próprios (44%); 29% considera não se sentirem desapontados; 26% refere sentir-se aborrecido consigo mesmo e 1% diz odiar-se. Gráfico n.º 102.

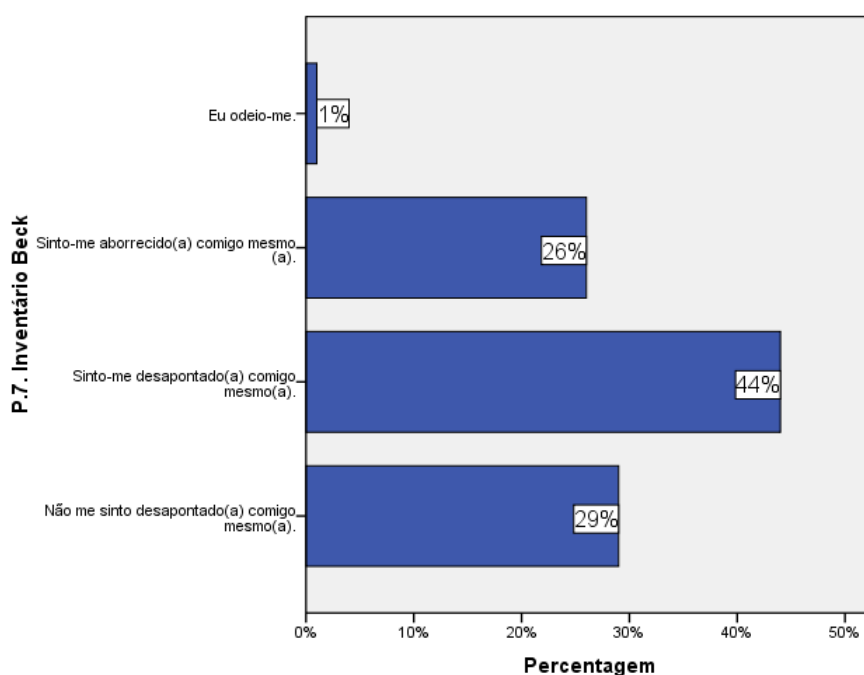


Gráfico nº 102: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 7 do I. B.

Auto - avaliação

	Nº resp.	%
Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.	30	30
Critico-me por minhas fraquezas ou erros.	45	45
Responsabilizo-me o tempo todo por minhas faltas.	20	20
Culpo-me por todas as coisas más que acontecem.	5	5
Total	100	100

Quadro nº 63: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 8 do I. B.

Em relação ao grupo (8) de afirmativas verifica-se que 45% dos indivíduos se critica pelas suas fraquezas ou erros; 30% não sente que seja pior que qualquer outra pessoa; 20% responsabiliza-se o tempo todo pelas suas faltas e 5% culpa-se por todas as coisas más que acontecem. Gráfico nº 103.

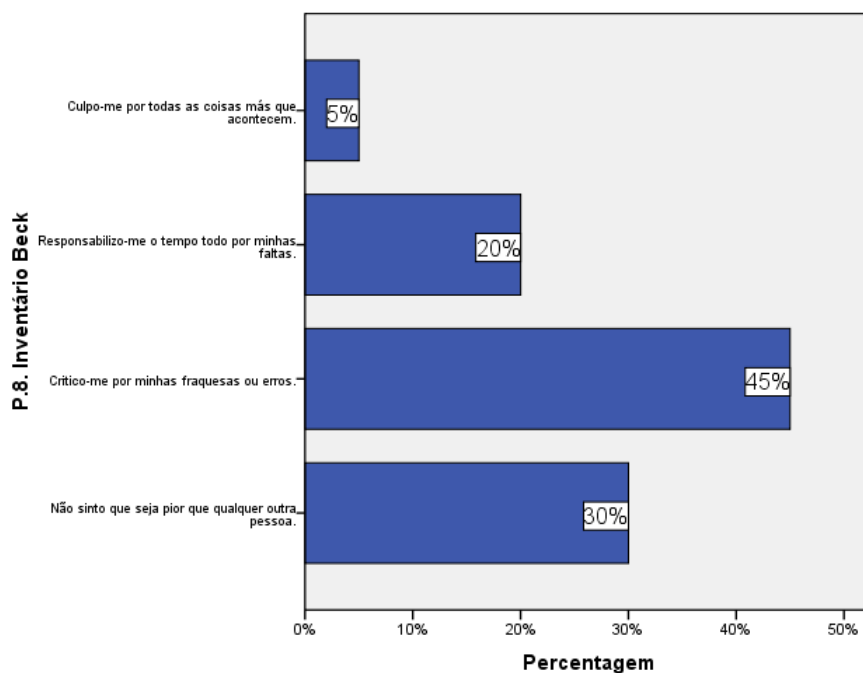


Gráfico n.º 103: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 8 do I. B.

Morte

	N.º resp.	%
Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.	59	59
Tenho pensamentos sobre matar-me, mas não os levaria adiante.	30	30
Gostaria de me matar.	6	6
Eu matar-me-ia se tivesse oportunidade	5	5
Total	100	100

Quadro n.º 64: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 9 do I. B.

No grupo de afirmativas (9) salienta-se que a maioria dos indivíduos não tem nenhum pensamento a respeito de se matar (59%); 30% diz ter pensamentos sobre se matar mas não os levaria adiante; 6% refere que gostaria de se matar e 5% afirma que se mataria se tivesse oportunidade. Gráfico n.º 104.

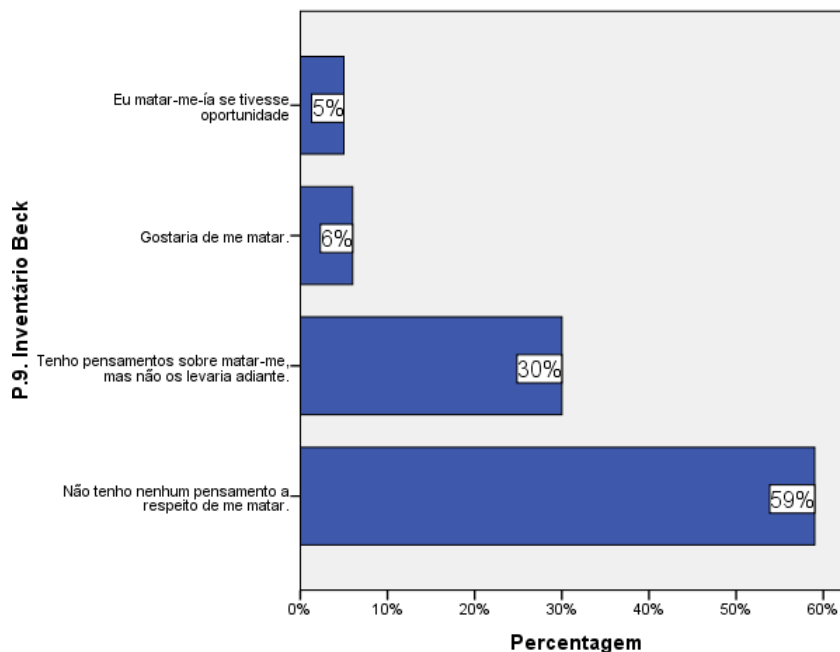


Gráfico nº 104: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 9 do I. B.

Choro

	Nº resp.	%
Não costumo chorar mais do que o habitual.	31	31,0
Choro mais agora do que costumava fazer.	52	52,0
Actualmente, choro o tempo todo.	11	11,0
Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.	6	6,0
Total	100	100,0

Quadro nº 65: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 10 do I. B.

Relativamente ao grupo de afirmativas (10) a maioria dos inquiridos refere chorar mais agora do que costumava fazer (52%); 31% diz não chorar mais agora do que habitualmente; 11% afirma chorar a tempo inteiro e 6% refere não conseguir chorar. Gráfico nº 105.

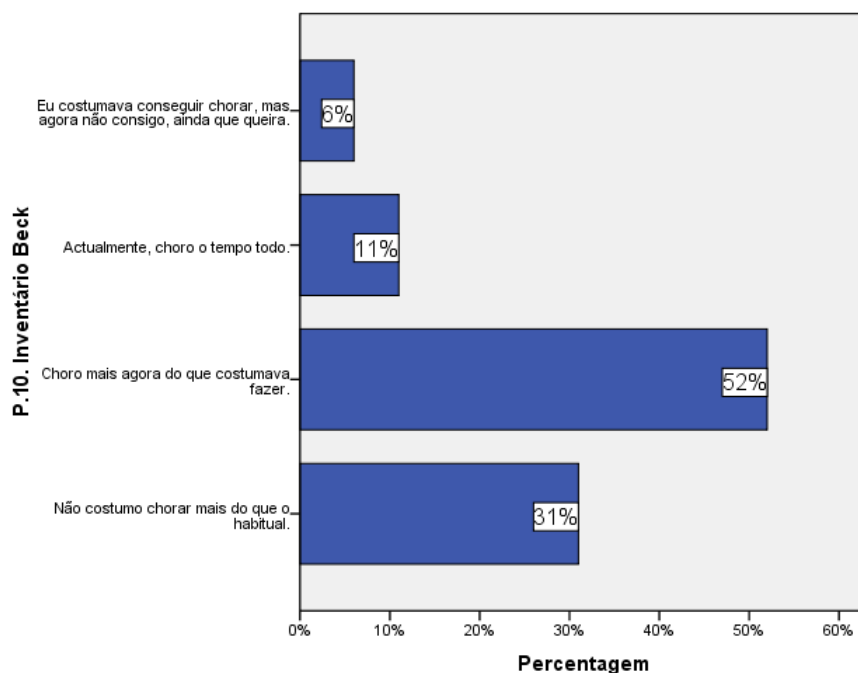


Gráfico n.º 105: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 10 do I.B.

Irritação

	N.º resp.	%
Não me irrita mais agora que em qualquer outra época.	1	1
Fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.	62	62
Actualmente, sinto-me irritado(a) todo o tempo.	34	34
Não me irrita absolutamente nada com as coisas com que costumava irritar-me.	3	3
Total	100	100

Quadro n.º 66: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 11 do I. B.

No grupo de afirmativas (11) verifica-se que os inquiridos consideram que ficam molestados ou irritados mais facilmente do que costumavam (62%); 34% refere que actualmente, se sentem irritados todo o tempo, 3% diz não se irritar absolutamente nada com as coisas com que se costumavam irritar e 1% afirma não se irritar mais agora que em qualquer outra época. Gráfico n.º 106.

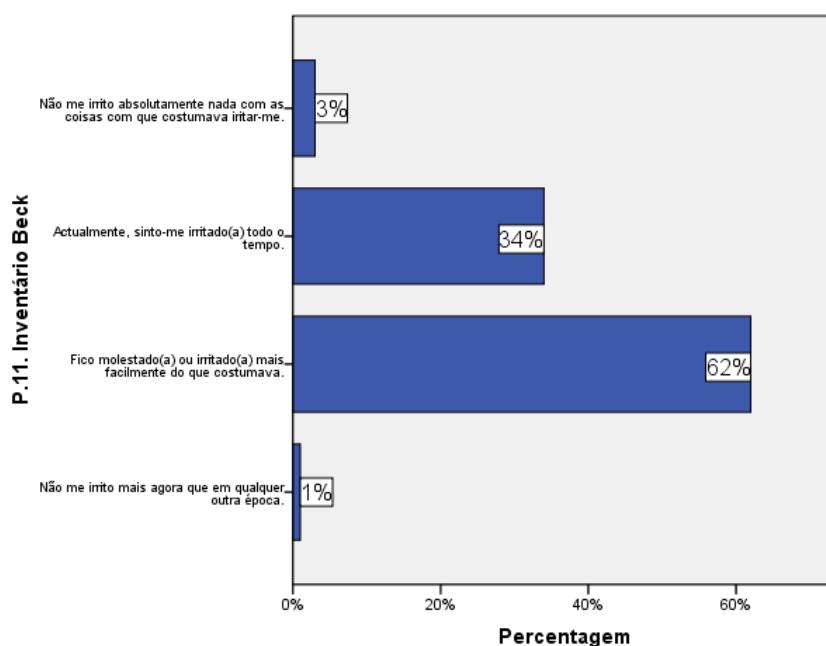


Gráfico nº 106: Distribuição das respostas relativas Grupo de afirmativas 11 do I.B.

Interesse nas outras pessoas

	Nº resp.	%
Não perdi o interesse nas outras pessoas.	9	9
Interesso-me menos do que era costume pelas outras pessoas.	51	51
Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.	29	29
Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.	11	11
Total	100	100

Quadro nº 67: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 12 do I.B.

No conjunto de afirmações (12), 51% considera que se interessa menos do que era costume pelas outras pessoas; 29% diz ter perdido a maior parte do seu interesse nas outras pessoas; 11% refere ter perdido todo o interesse nas outras pessoas e 9% afirma não ter perdido o interesse nas outras pessoas. Gráfico nº 107.

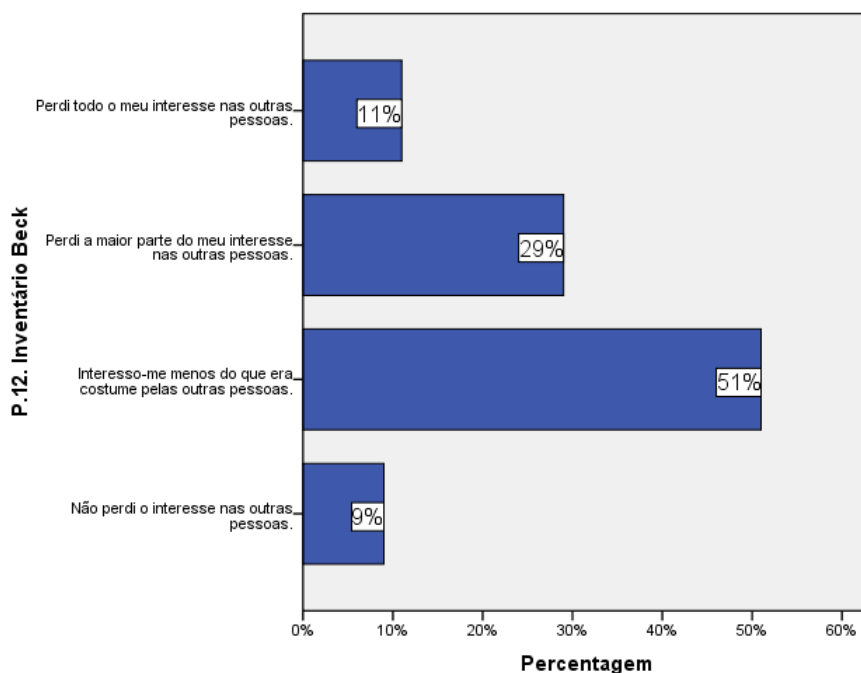


Gráfico n.º 107: Distribuição das respostas relativas Grupo de afirmativas 12 do I.B.

Capacidade de decisão

	N.º resp.	%
Tomo decisões mais ou menos tão bem quanto em qualquer outra época.	24	24
Adio tomar decisões mais do que era costume.	31	31
Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.	35	35
Não consigo mais tomar decisão alguma.	10	10
Total	100	100

Quadro n.º 68: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 13 do I. B.

No agrupamento das afirmações (13), 35% dos inquiridos assumem ter maior dificuldade em tomar decisões do que antes; 31% diz adiar tomar decisões mais do que era costume; 24% refere tomar decisões mais ou menos tão bem quanto em qualquer outra época e 10% afirma não conseguir mais tomar decisão alguma. Gráfico n.º 108.

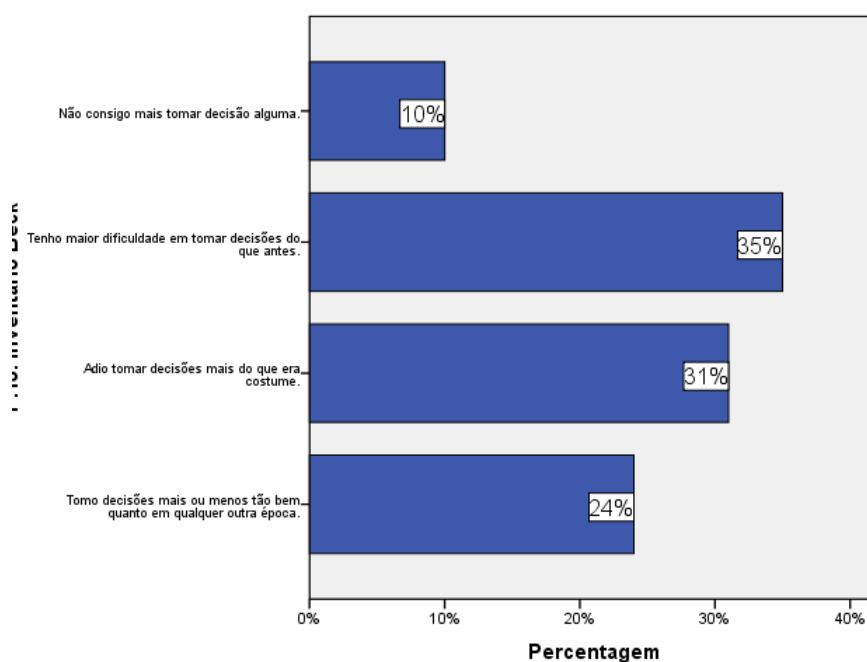


Gráfico n.º 108: Distribuição das respostas relativas Grupo de afirmativas 13 do I.B.

Aparência

	N.º resp.	%
Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.	14	14
Preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atractivos.	44	44
Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atractivos.	34	34
Considero-me feio(a).	8	8
Total	100	100

Quadro 69: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 14 do I. B.

Nas afirmativas (14) a maioria dos indivíduos (44%) refere preocupar-se por estar parecendo velho(a) ou sem atractivos; 34% diz sentir que há mudanças permanentes na sua aparência que os faz parecer sem atractivos; 14% afirma não sentir que a sua aparência seja pior do que costumava ser e 8% considera-se feio. Gráfico n.º 109.

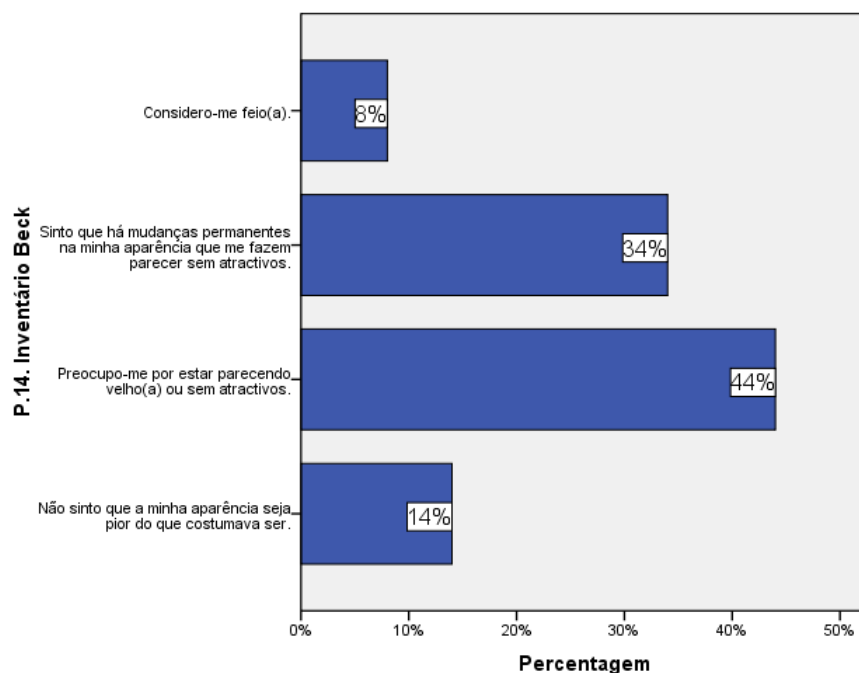


Gráfico n.º 109: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 14 do I.B.

Capacidade para o trabalho

	N.º resp.	%
Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.	9	9
Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.	56	56
Tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa.	27	27
Não consigo fazer nenhum trabalho.	8	8
Total	100	100

Quadro n.º 70: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 15 do I. B.

No conjunto de afirmações (15), 56% dos indivíduos diz precisar de um esforço extra para começar qualquer coisa; 27% refere ter que se esforçar muito até fazer qualquer coisa; 9% assume poder trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes e 8% afirma não conseguir fazer nenhum trabalho. Gráfico n.º 110.

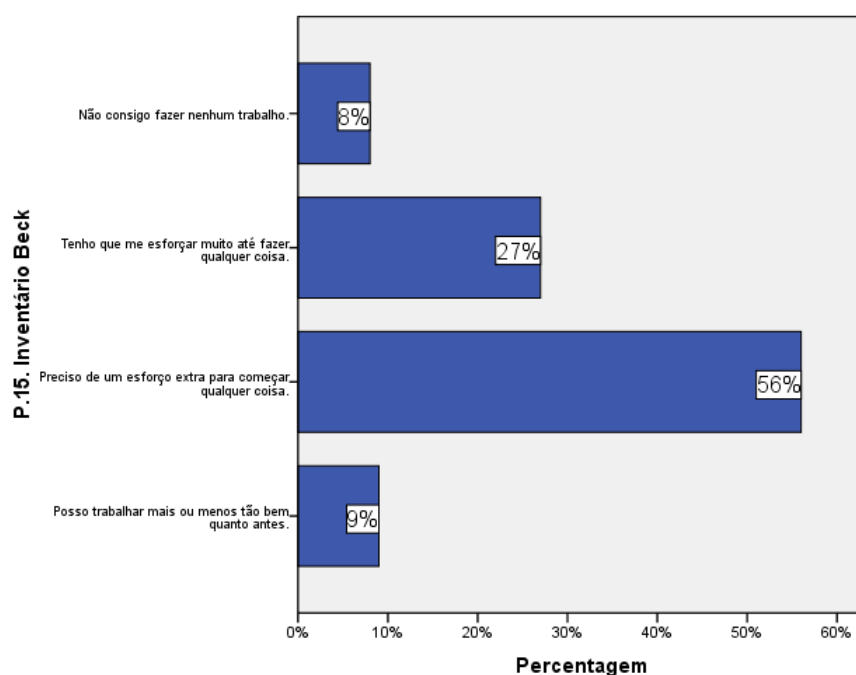


Gráfico nº 110: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 15 do I.B.

Sono

	Nº resp.	%
Durmo tão bem como é costume.	3	3
Não durmo tão bem como era costume.	39	39
Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que é hábito e tenho dificuldade em voltar a dormir.	20	20
Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.	38	38
Total	100	100

Quadro nº 71: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 16 do I. B.

No conjunto de afirmativas (16), 39% dos inquiridos refere não dormir tão bem como era costume; 38% diz acordar várias horas mais cedo do que costumava e não conseguir voltar a dormir; 20% diz acordar 1 a 2 horas mais cedo do que é hábito e ter dificuldade em voltar a dormir e só 3% da população inquirida refere dormir tão bem como é costume. Gráfico nº 111.

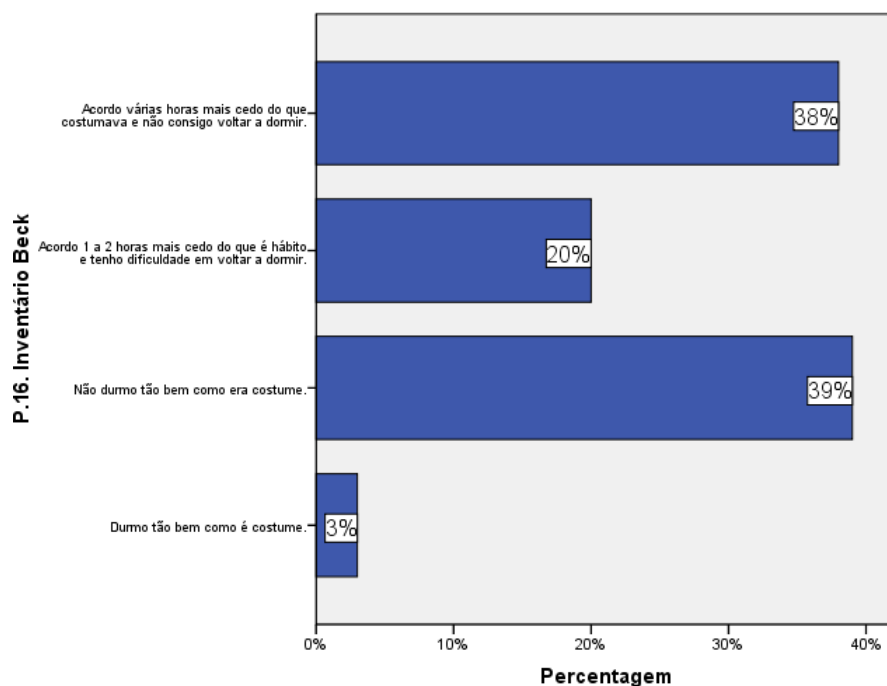


Gráfico 111: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 16 do I.B.

Cansaço

	Nº resp.	%
Não fico mais cansado(a) do que é hábito.	3	3,0
Fico cansado(a) com mais facilidade do que era habitual.	52	52,0
Sinto-me cansado(a) ao fazer quase nada.	39	39,0
Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.	6	6,0
Total	100	100,0

Quadro nº 72: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 17 do I. B.

No grupo das afirmações (17), 52% dos indivíduos refere ficar cansado(a) com mais facilidade do que era habitual; 39% diz sentir-se cansado(a) ao fazer quase nada; 6% afirma estar cansado(a) demais para fazer qualquer coisa e 3% declara não ficar mais cansado(a) do que é hábito. Gráfico nº 112.

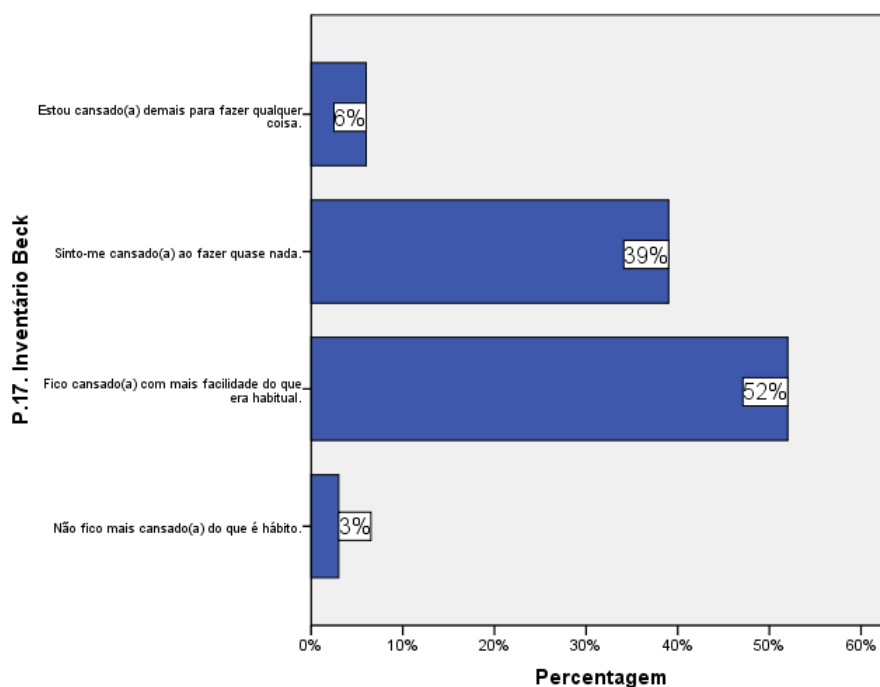


Gráfico nº 112: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 17 do I.B.

Apetite

	Nº resp.	%
O meu apetite não está pior do que é hábito.	51	51
O meu apetite não é tão bom como costumava ser.	29	29
O meu apetite está muito pior agora.	16	16
Não tenho apetite nenhum.	4	4
Total	100	100

Quadro nº 73: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 18 do I. B.

No conjunto de afirmações (18), 51% dos indivíduos inquiridos refere manter o apetite; 29% diz que o seu apetite não é tão bom como costumava ser; 16% afirma que o seu apetite está muito pior agora; 4% diz não ter apetite nenhum. Gráfico nº 113.

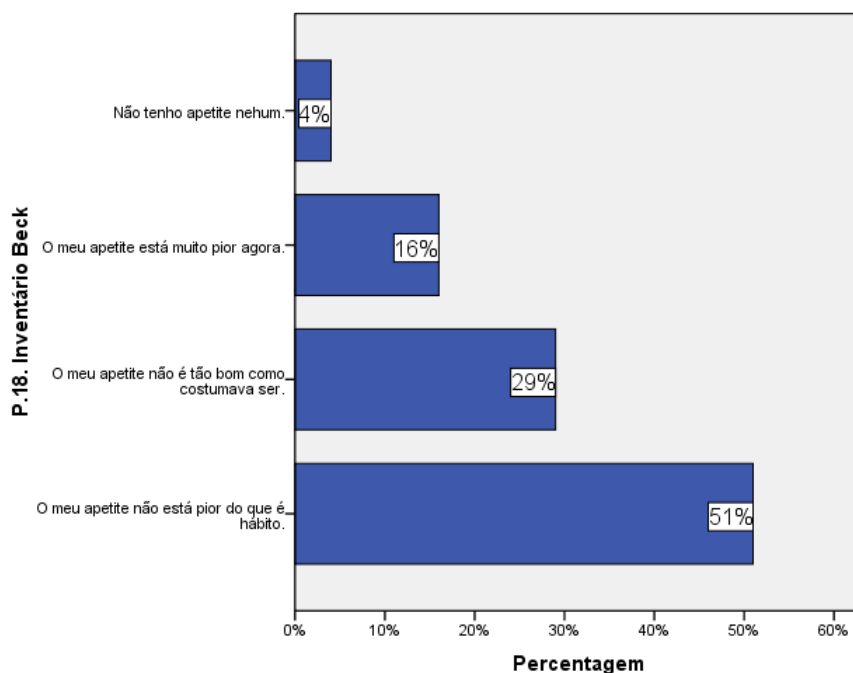


Gráfico 113: Distribuição das respostas relativas Grupo de afirmativas 18 do I.B.

Perda de peso

	Nº resp.	%
Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.	72	72
Perdi mais de 2.5 kg.	10	10
Perdi mais de 5 kg.	12	12
Perdi mais de 7.5 kg.	6	6
Total	100	100

Quadro nº 74: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 19 do I. B.

No conjunto de afirmativas (19), 72% dos inquiridos diz não ter perdido muito peso, se é que perdeu algum ultimamente; 12% refere ter perdido mais de 5 kg; 10% assume ter perdido mais de 2,5kg; 6% afirma ter perdido mais de 7,5 kg. Gráfico nº 114.

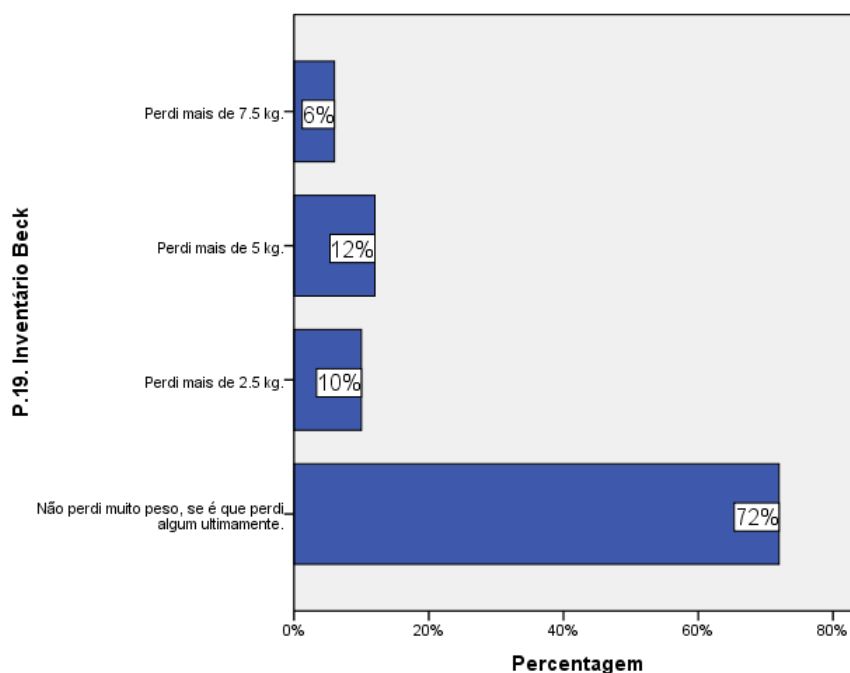


Gráfico nº 114: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 19 do I.B.

Perder peso comendo menos

		Nº resp.	%
Válidas	Sim	2	2,0
	Não	94	94,0
	Total	96	96,0
Em falta	Não respondeu	4	4,0
	Total	100	100,0

Quadro nº 75: Distribuição das respostas relativas pergunta 19-1 do I. B.

Relativamente a esta afirmação, 97,92% dos inquiridos respondeu que não; 2,08% respondeu que sim e 4 indivíduos não responderam. Gráfico nº 115.

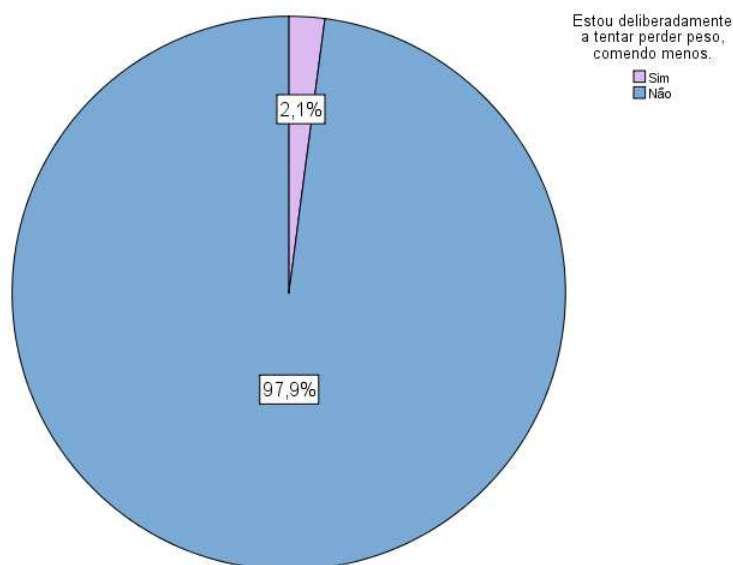


Gráfico n° 115: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 19-1 do I. B.

Preocupação com a saúde

	Nº resp.	%
Não me preocupo com a minha saúde mais do que é habitual.	13	13
Preocupo-me com problemas físicos, com dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisão de ventre.	55	55
Estou preocupado(a) com os problemas físicos e é difícil pensar em muito mais que isso.	28	28
Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar noutra coisa qualquer.	4	4
Total	100	100

Quadro n° 76: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 20 do I. B.

No grupo de afirmações (20), 55% dos indivíduos da amostra diz preocupar-se com problemas físicos, com dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisão de ventre; 28% afirma estar preocupado(a) com os problemas físicos e é difícil pensar em muito mais que isso; 13% refere não se preocupar com a sua saúde mais do que é habitual; 4% considera estar tão preocupado(a) com os seus problemas físicos que não consegue pensar noutra coisa qualquer. Gráfico n° 116.

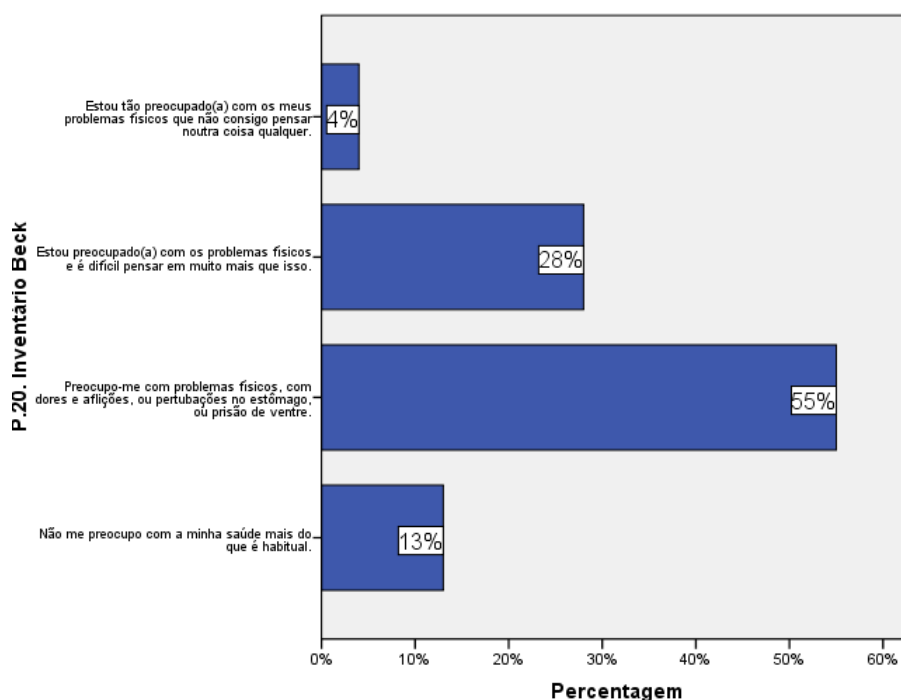


Gráfico nº 116: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 20 do I.B.

Interesse sexual

	Nº resp.	%
Não tenho observado qualquer mudança recente no meu interesse sexual.	7	7
Estou menos interessado(a) em sexo do que era costume.	27	27
Actualmente estou menos interessado(a) em sexo.	26	26
Perdi completamente o interesse no sexo.	40	40
Total	100	100

Quadro nº 77: Distribuição das respostas relativas grupo de afirmativas 21 do I. B.

No que diz respeito ao conjunto de afirmações (21), 40% dos indivíduos diz ter perdido completamente o interesse em sexo; 27% considera estar menos interessado(a) em sexo do que era costume; 26% refere actualmente estar menos interessado(a) em sexo e 7% relata não ter observado qualquer mudança recente no seu interesse sexual. Gráfico nº 117.

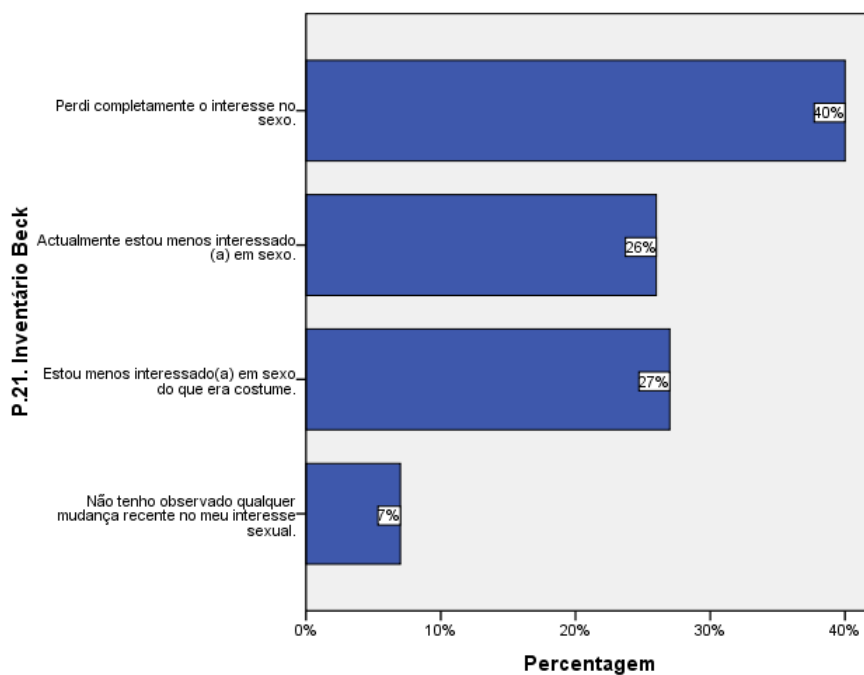


Gráfico n.º 117: Distribuição das respostas relativas ao grupo de afirmativas 21 do I.B.

A **avaliação global** do questionário de Depressão Inventário Beck, é em média de $24,3 \pm 11,939$ pontos, tendo apresentado um valor mínimo de 2 e um valor máximo de 56 (quadro 78).

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Avaliação global do IB	99	2	56	24,37	11,939

Quadro n.º 78: Medidas descritivas da avaliação global do Inventário Beck

7.4. ANSIEDADE ESTADO

7.4.1. Estatística Descritiva - Distribuição Percentual das respostas da Totalidade da Amostra aos Itens da Ansiedade Estado

	Nada		Um pouco		Moderadamente		Muito		Total	
	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%
1.Sinto-me calmo	16	16	40	40	39	39	5	5	100	100
2.Sinto-me seguro	36	36	31	31	29	29	4	4	100	100
3.Estou tenso	22	22,2	51	51	18	18,2	8	8,1	99	100
4.Sinto-me cansado	3	3	49	49	35	35	13	13	100	100
5.Sinto-me à vontade	5	5	40	40	48	48	7	7	100	100
6.Sinto-me perturbado	20	20,2	53	53,5	18	18	8	8,1	99	100
7.Presentemente preocupo-me com possíveis desgraças	2	2	28	28	40	40	30	30	100	100
8.Sinto-me satisfeito	31	31	41	41	28	28	0	0	100	100
9.Sinto-me amedrontado	16	16	47	47	26	26	11	11	100	100
10.Sinto-me confortável	29	29	47	47	24	24	0	0	100	100
11.Sinto-me auto-confiante	24	24	44	44	27	27	5	5	100	100
12.Sinto-me nervoso	22	22,2	47	47,5	21	21,2	9	9,1	99	100
13.Sinto-me trémulo	32	32	51	51	16	16	1	1	100	100
14.Sinto-me indeciso	12	12,1	45	45,5	29	29,3	13	13,1	99	100
15.Sinto-me descontraído	16	16,2 %	49	49,5%	28	28,3%	6	6,1%	99	100,0 %
16.Sinto-me contente	33	33,0 %	36	36,0%	31	31,0%	0	,0%	100	100,0 %
17.Estou preocupado	4	4,0 %	38	38,0%	40	40,0%	18	18,0%	100	100,0 %
18.Sinto-me confuso	25	25,0 %	53	53,0%	15	15,0%	7	7,0%	100	100,0 %
19.Sinto-me firme	38	38,0 %	42	42,0%	17	17,0%	3	3,0%	100	100,0 %
20.Sinto-me bem	25	25,0 %	41	41,0%	33	33,0%	1	1,0%	100	100,0 %

Quadro nº 79: Distribuição das respostas ao questionário de Auto-Avaliação - STAI forma Y-1 - ansiedade estado

Sinto-me calmo

Relativamente à ansiedade estado, em relação à primeira afirmação “**Sinto-me calmo**”, verifica-se que a maioria dos indivíduos se sente um pouco (40%) ou moderadamente (39%); 16% refere não se sentir nada e 5% muito. Gráfico nº 118.

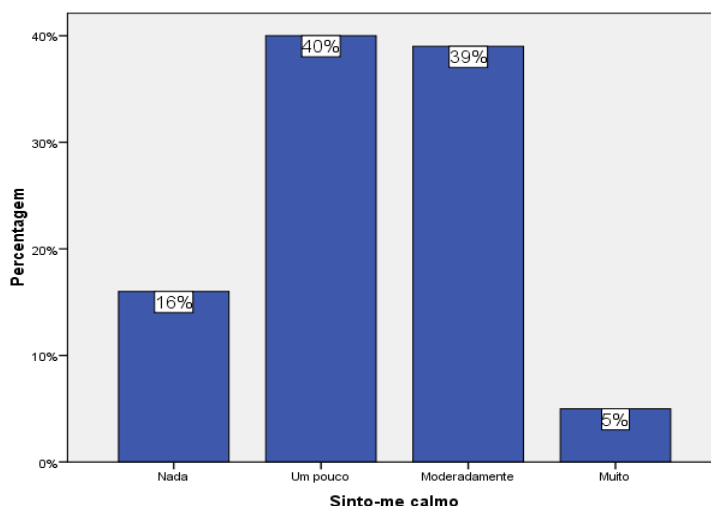


Gráfico nº 118: Distribuição das respostas relativas à afirmação “sinto-me calmo”

Sinto-me seguro

Quanto ao item dois “**Sinto-me seguro**”, 36% dos inquiridos diz não se sentir nada seguro; 31% refere sentir-se um pouco; 29% moderadamente e 4% afirma sentir-se seguro. Gráfico nº 119.

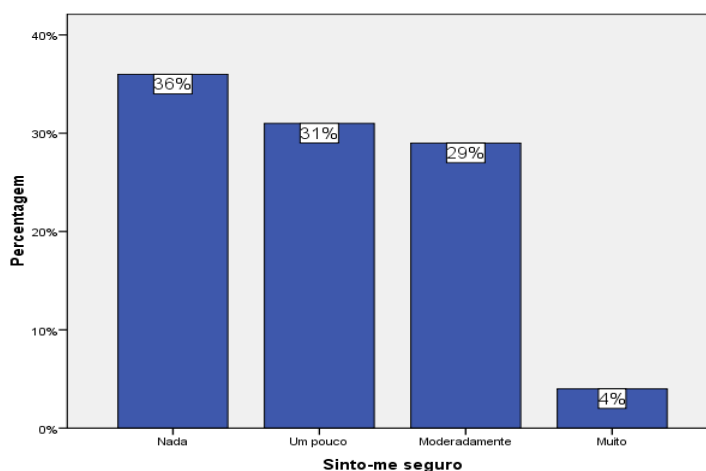


Gráfico nº 119: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me seguro”

Estou tenso

Em relação à afirmação três “**Estou tenso**”, 51,5% dos inquiridos assumem-se um pouco tensos; 22,2% referem não estarem nada tensos; 18,2% dizem estar moderadamente tensos e 8,1% afirmam estar muito tensos. Gráfico nº 120.

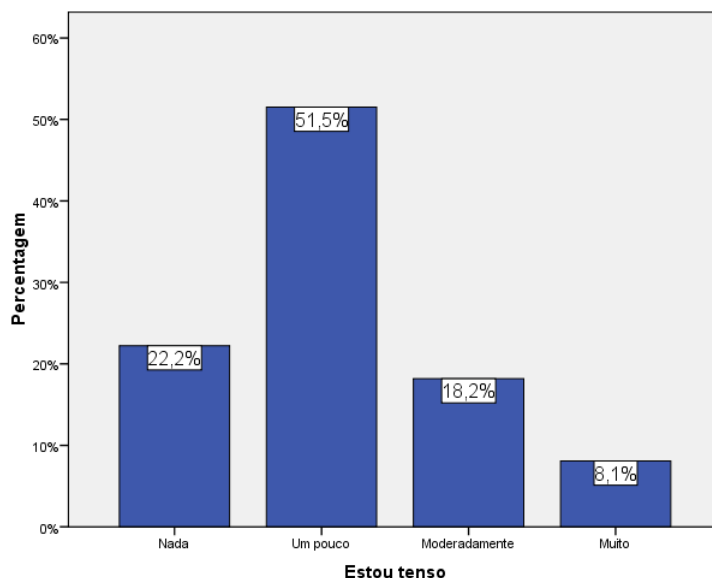


Gráfico nº 120: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Estou tenso”

Sinto-me cansado

Relativamente ao item quatro “**Sinto-me cansado**”, 49% dos indivíduos assume-se um pouco cansado; 35% moderadamente cansado; 13% diz sentir-se muito cansado e 3% refere não se sentir nada cansado. Gráfico nº 121.

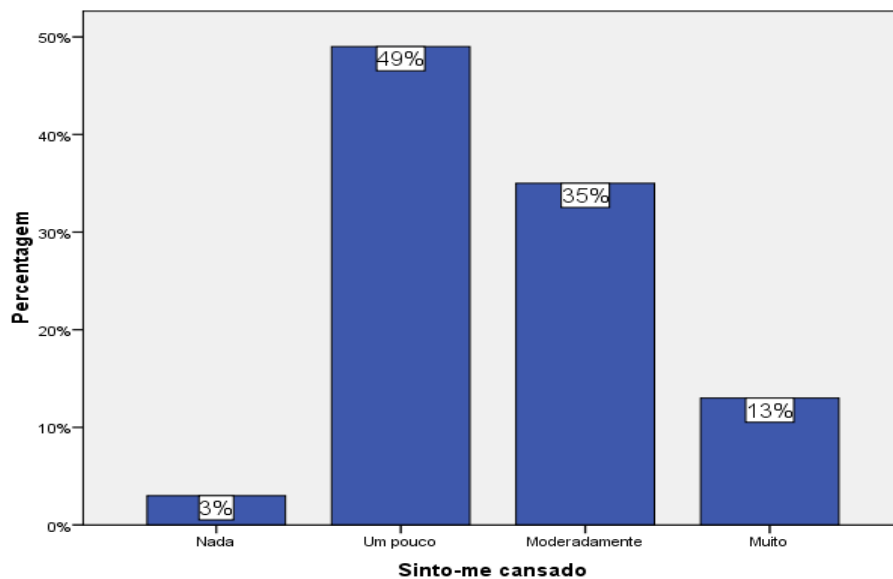


Gráfico n° 121: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me cansado”

Sinto-me à vontade

Em relação à afirmação cinco “**Sinto-me à vontade**” a maioria dos inquiridos (48%) considera-se moderadamente à vontade; 40% diz estar um pouco à vontade; 7% refere sentir-se muito à vontade e 5% assume que não se sente nada à vontade. Gráfico n° 122.

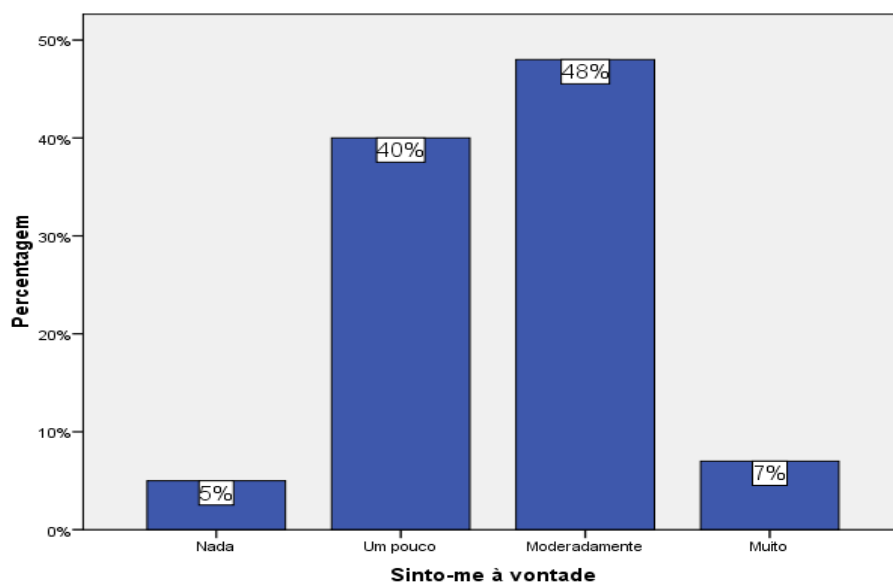


Gráfico n° 122: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me à vontade”

Sinto-me perturbado

Quanto ao item seis “**Sinto-me perturbado**”, a maioria dos indivíduos considera sentir-se um pouco perturbado (35,5%); 20,2% diz não se sentir nada perturbado; 18,2% refere sentir-se moderadamente perturbado e 8,1% muito perturbado. Gráfico nº 123.

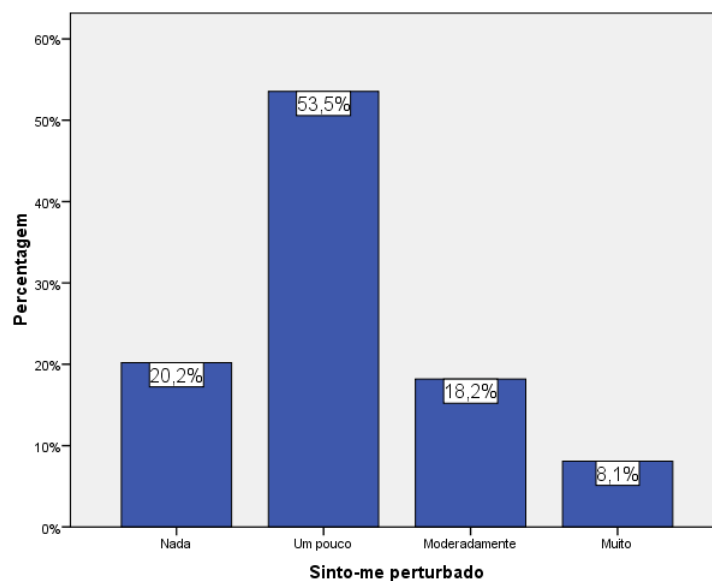


Gráfico nº 123: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me perturbado”

Presentemente preocupo-me com possíveis desgraças

Em relação ao item sete “**Presentemente preocupo-me com possíveis desgraças**”, a grande maioria considera preocupar-se moderadamente (40%); 30% refere preocupar-se muito; 28% um pouco e 2% afirma que presentemente não se preocupa nada com possíveis desgraças. Gráfico nº 124.

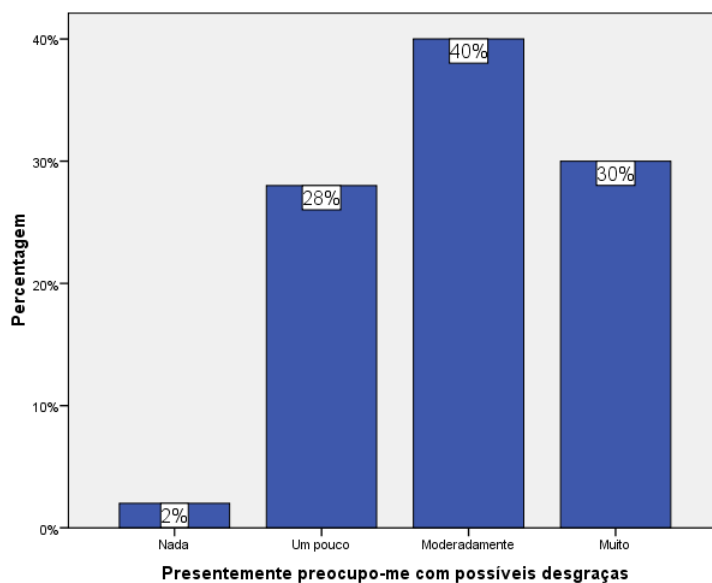


Gráfico n.º 124: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Presentemente preocupo-me com possíveis desgraças”

Sinto-me satisfeito

Quanto à afirmação oito, “**Sinto-me satisfeito**”, 41% dos indivíduos refere sentir-se um pouco; 31% diz não se sentir nada satisfeito e 28% assume-se moderadamente satisfeito. Gráfico n.º 125.

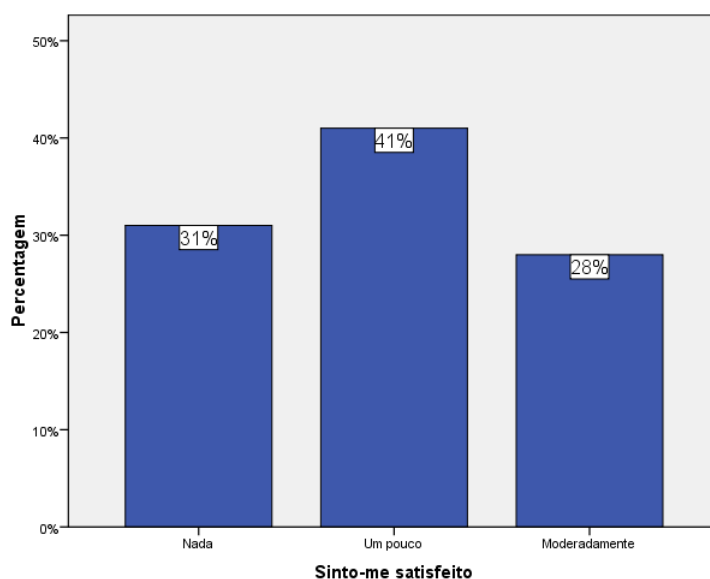


Gráfico n.º 125: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me satisfeito”

Sinto-me amedrontado

Relativamente ao item nove, “**Sinto-me amedrontado**”, 47% dos inquiridos diz que se sente um pouco amedrontado; 26% refere sentir-se moderadamente; 16% diz não estar nada amedrontado e 11% afirma estar muito amedrontado. Gráfico nº 126.

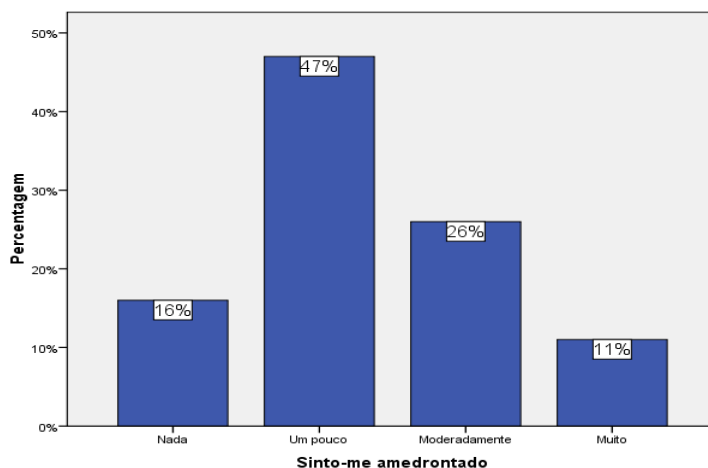


Gráfico nº 126: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me amedrontado”

Sinto-me confortável

Em relação à afirmativa dez, “**Sinto-me confortável**”, verifica-se que 47% da nossa amostra refere sentir-se um pouco; 29% nada e 24% moderadamente confortável. Gráfico nº 127.

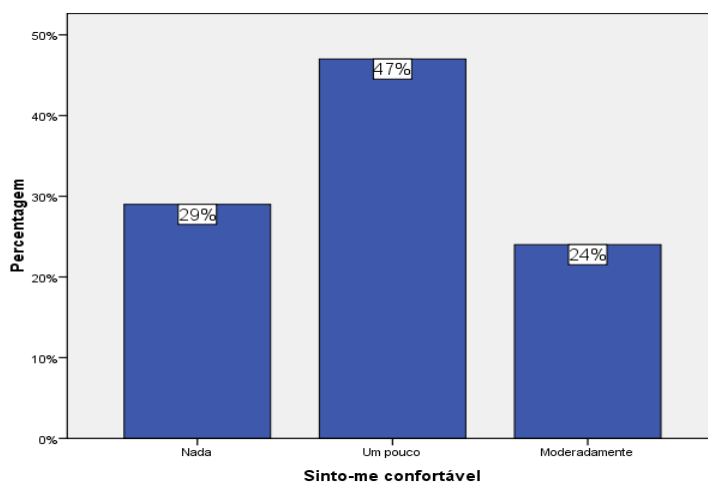


Gráfico nº 127: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me confortável”

Sinto-me auto-confiante

Referente à afirmação onze, “**Sinto-me auto-confiante**”, podemos verificar que a grande maioria dos participantes (44%) refere sentir-se um pouco; 27% diz sentir-se moderadamente; 24% afirma não se sentir nada auto-confiante e 5% assume-se muito auto-confiante. Gráfico nº 128.

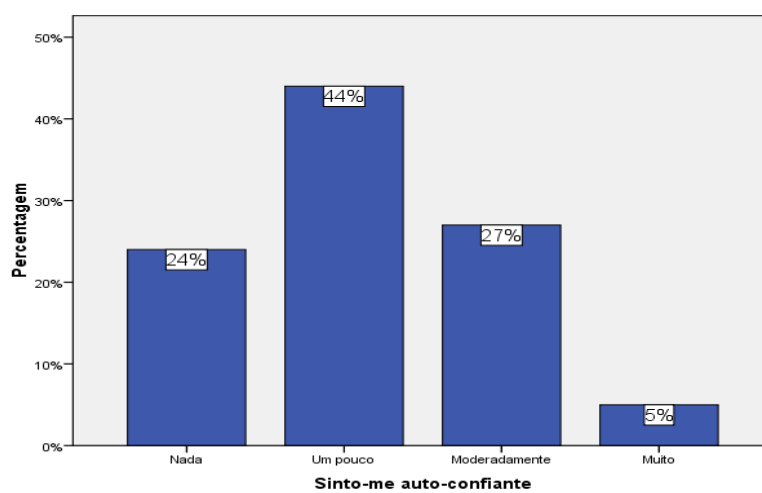


Gráfico nº 128: Distribuição das respostas relativas à afirmação nº 11 “Sinto-me auto - confiante”

Sinto-me nervoso

Quanto à afirmação doze, “**Sinto-me nervoso**”, verifica-se que a grande maioria dos participantes diz sentir-se um pouco nervoso (47,5%); 22,2% dos inquiridos refere não se sentir nada nervoso; 21,2% afirma sentir-se moderadamente nervoso e 9,1% muito nervoso. Gráfico nº 129.

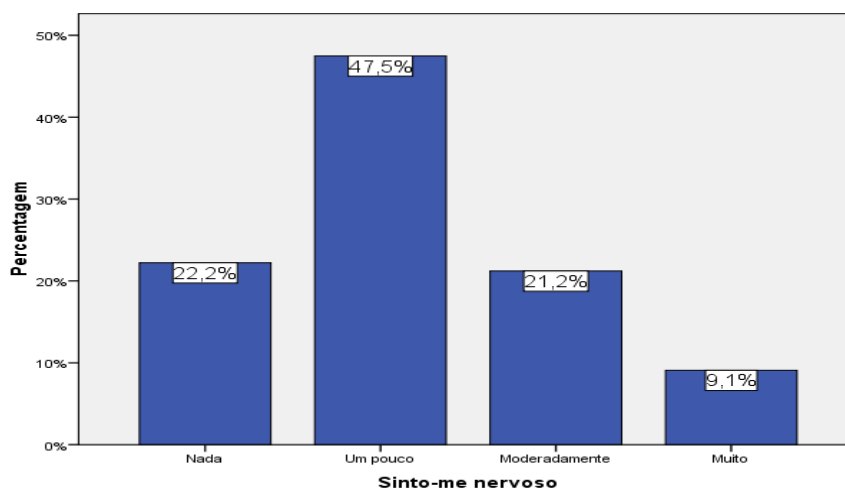


Gráfico n.º 129: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me nervoso”

Sinto-me trémulo

Quanto à afirmação treze, “**Sinto-me trémulo**”, 51% dos participantes diz sentir-se um pouco; 32% refere não se sentir nada trémulo; 16% afirma sentir-se moderadamente e 1% muito trémulo. Gráfico n.º 130.

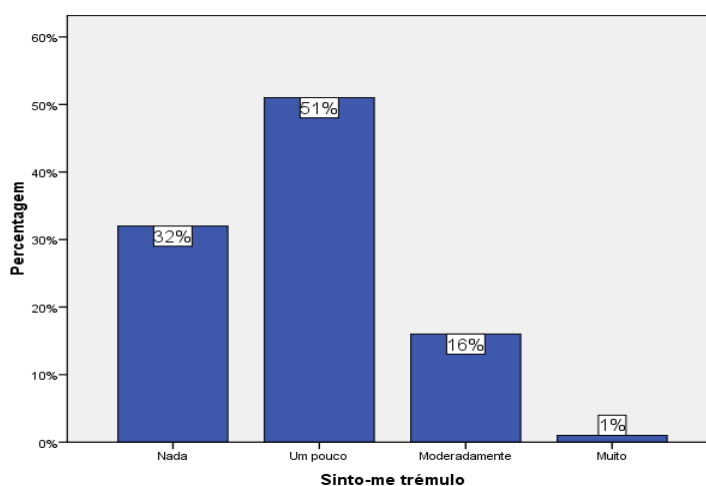


Gráfico n.º 130: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me trémulo”

Sinto-me indeciso

Referente à afirmativa catorze, “**Sinto-me indeciso**”, a maioria dos participantes refere sentir-se um pouco (45,5%); 29,3% diz sentir-se moderadamente; 13,1% afirma sentir-se muito indeciso e 12,1% declara não se sentir nada indeciso. Gráfico nº 131.

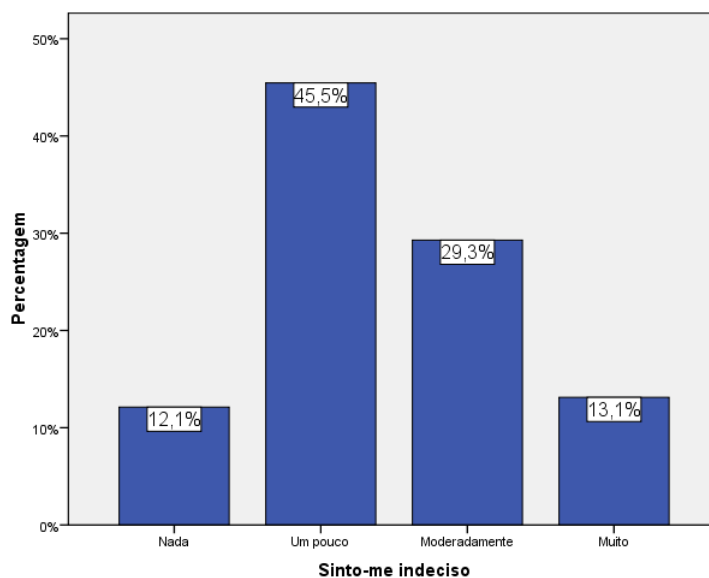


Gráfico nº 131: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me indeciso”

Sinto-me descontraído

Quanto à afirmação quinze, “**Sinto-me descontraído**”, a grande maioria dos indivíduos desta amostra refere sentir-se um pouco descontraído (49,5%); 28,3% diz sentir-se moderadamente; 16,2% assumem não se sentir nada descontraídos e 6,1% dizem-se sentir muito descontraídos. Gráfico nº 132.

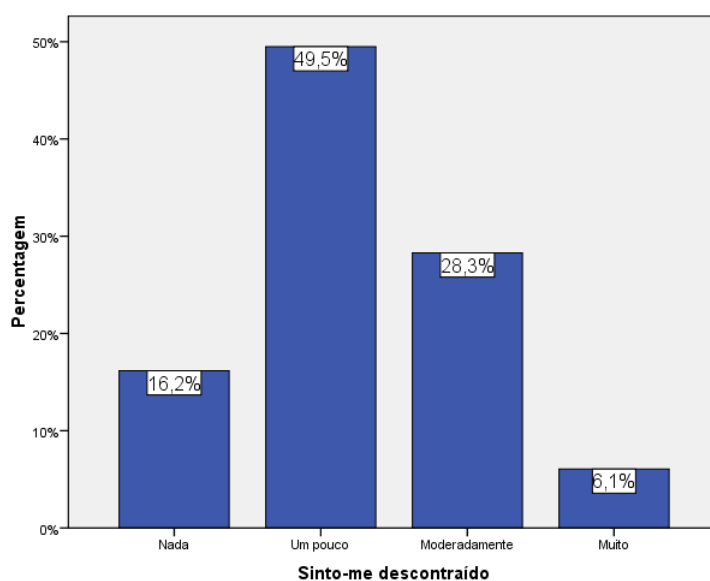


Gráfico nº 132: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me descontráido”

Sinto-me contente

Em relação à afirmação dezasseis, “**Sinto-me contente**”, 36% dos participantes diz sentir-se um pouco; 33% refere não se sentir nada contente e 31% afirma sentir-se moderadamente contente, de salientar que nenhum dos participantes assumiu sentir-se muito contente. Gráfico nº 133.

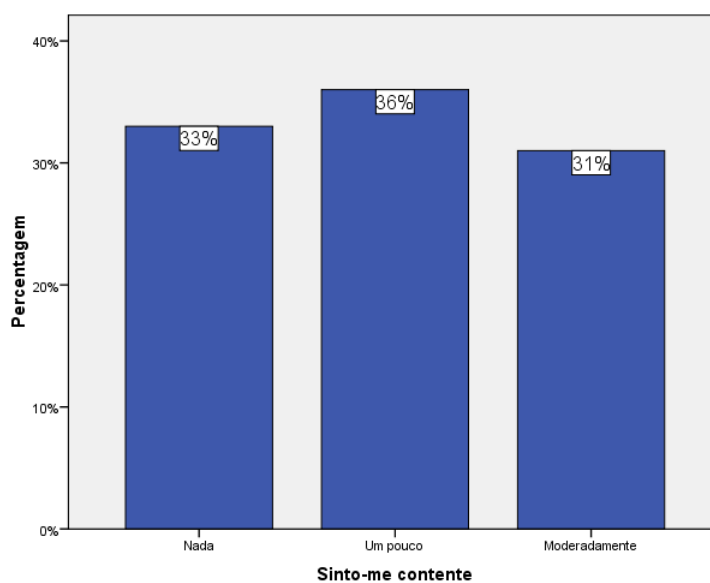


Gráfico nº 133: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me contente”

Estou preocupado

Quanto ao item dezassete, “**Estou preocupado**”, observa-se que os participantes se consideram moderadamente preocupados (40%); um pouco preocupados(38%); 18% refere estar muito preocupado e só 4% diz não estar nada preocupado. Gráfico nº 134.

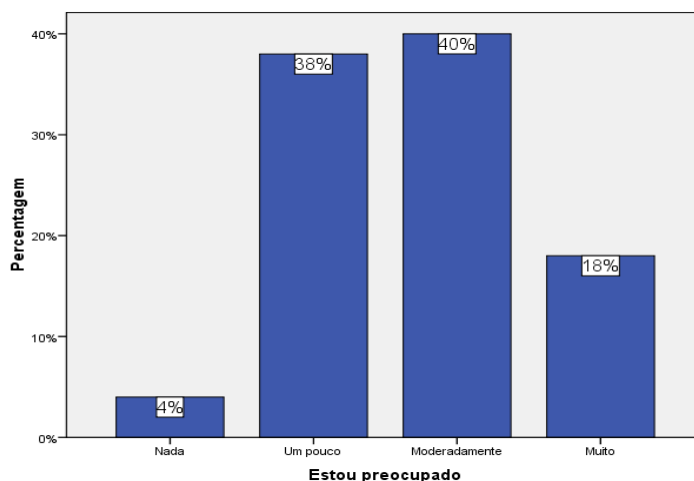


Gráfico nº 134: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Estou preocupado”

Sinto-me confuso

Referente à afirmativa dezoito, “**Sinto-me confuso**”, a grande maioria dos inquiridos(53%) considera sentir-se um pouco confuso; 25% diz não se sentir nada confuso; 15% assume sentir-se moderadamente e 7% refere sentir-se muito confuso. Gráfico nº 135.

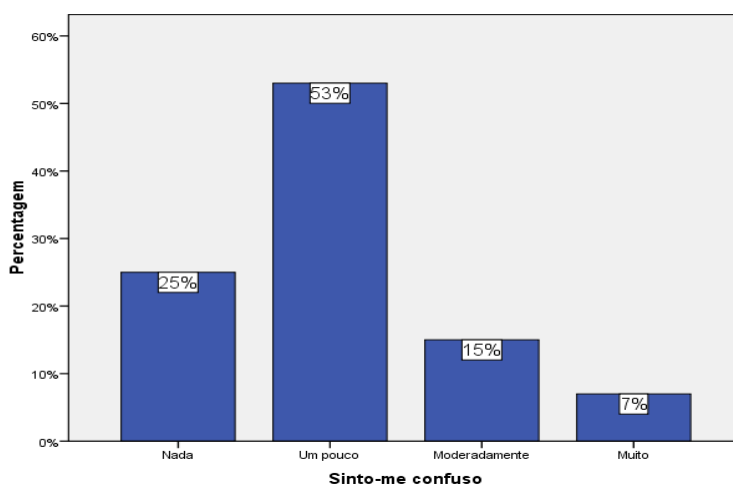


Gráfico 135: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me confuso”

Sinto-me firme

Quanto ao item dezanove, “**Sinto-me firme**”, a maioria dos participantes considera sentir-se um pouco (42%); 38% dos indivíduos refere não se sentir nada firme; 17% diz sentir-se moderadamente firme e 3% afirmam sentir-se muito firme. Gráfico 136.

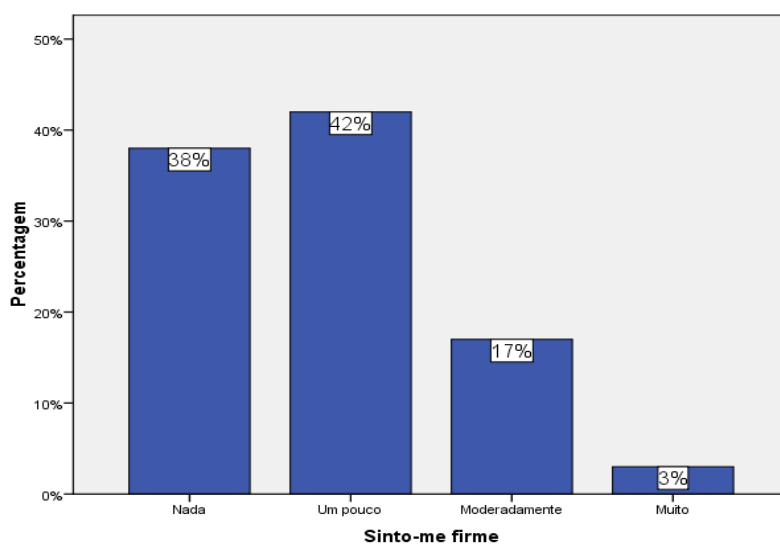


Gráfico nº 136: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me firme”

Sinto-me bem

Em relação à afirmação vinte, “**Sinto-me bem**”, a maioria dos participantes considera sentir-se um pouco (41%); 25% dos indivíduos refere não se sentir nada bem; 33% diz sentir-se moderadamente bem e 1% afirma sentir-se muito bem. Gráfico nº 137.

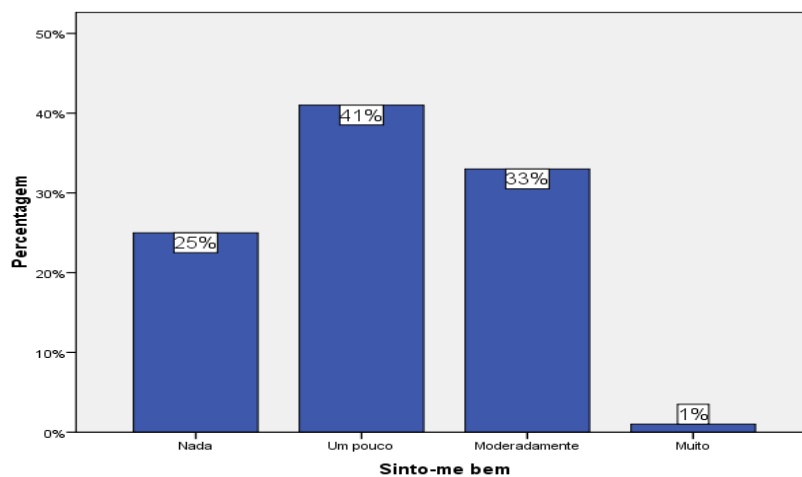


Gráfico nº 137: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me bem”

Ansiedade Estado	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Avaliação global STAI forma Y-1	95	37	55	44,45	4,094

Quadro nº 80: Medidas descritivas da avaliação global da escala STAI forma Y-1

Tendo em conta que o valor mínimo possível na avaliação global da escala de ansiedade estado é de 20 e o valor máximo possível de 80, o ponto médio da escala é o valor 50, abaixo do qual há baixos níveis de ansiedade e acima do qual já existem níveis consideráveis de ansiedade. A média dos inquiridos é de $44,45 \pm 4,094$, o que revela a existência de baixos níveis de ansiedade estado. O valor mínimo observado foi de 37 e o máximo de 55.

Para uma melhor sistematização em relação aos níveis de ansiedade apresentados pelos indivíduos, agrupámo-los em aspectos positivos e negativos e concluímos que, em relação à ansiedade Estado, a maioria dos inquiridos sente-se presentemente de forma moderada ou intensa quanto a:

Aspectos Negativos: Cansados (49% um pouco; 35% moderadamente e 13% muito) e preocupados com possíveis desgraças (40% moderadamente e 30% muito).

Aspectos Positivos: À vontade (48% moderadamente e 7% muito), descontraídos (49,5% um pouco; 28,3% moderadamente; 6,1% muito), calmo (40% um pouco; 39% moderadamente).

A maioria dos indivíduos da amostra não se sente presentemente nada seguros (36%). De realçar ainda que a maioria dos inquiridos se sente presentemente um pouco; moderadamente e muito:

Tensos (51,5% um pouco; 18,2% moderadamente e 3,1% muito). Confusos (53% um pouco; 15% moderadamente; 7% muito). Preocupados (38% um pouco; 40% moderadamente e 18% muito). Nervosos (47,5% um pouco; 21,2% moderadamente; 9,1% muito). Indecisos (45,5% um pouco; 29,3% moderadamente; 13,1% muito). Trémulos (51% um pouco; 16% moderadamente; 1% muito). Perturbados (53,5% um pouco; 18,2% moderadamente; 8,1% muito). Amedrontados (47% um pouco; 26% moderadamente; 11% muito);

7.5. ANSIEDADE TRAÇO

7.5.1. Estatística Descritiva - Distribuição Percentual das respostas da Totalidade da Amostra aos Itens da Ansiedade Traço

	Nada		Um pouco		Moderadamente		Muito		Total	
	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%	Nº resp.	%
Sinto-me bem	23	23	37	37	38	38	2	2	100	100
Sinto-me nervoso e agitado	26	26	52	52	19	19	3	3	100	100
Sinto-me satisfeito comigo mesmo	30	30,3	44	44,4	23	23,2	2	2	99	100
Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	3	3	54	54	23	23	20	20	100	100
Sinto-me falhado	13	13	60	60	20	20	7	7	100	100
Sinto-me tranquilo	22	22	41	41	36	36	1	1	100	100
Estou "calmo, fresco e concentrado"	46	46,5	41	41,4	12	12,1	0	0	99	100
Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar	6	6	40	40	36	36	18	18	100	100
Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	5	5	39	39	48	48	8	8	100	100
Estou feliz	27	27,6	48	49	21	21,4	2	2	98	100
Tenho pensamentos que me perturbam	4	4	45	45	34	34	17	17	100	100
Falta-me auto-confiança	10	10,1	42	42,4	31	31,3	16	16,2	99	100
Sinto-me seguro	23	23,7	40	41,2	31	32,0	3	3,1	97	100
Tomo decisões facilmente	25	25,3	39	39,4	29	29,3	6	6,1	99	100
Sinto-me inadequado	17	17,2	65	65,7	10	10,1	7	7,1	99	100
Sinto-me contente	20	20,2	52	52,5	27	27,3	0	0	99	100
Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam	3	3,0	38	38,0	49	49	10	10	100	100
As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha cabeça	1	1	34	34	45	45	20	20	100	100
Sou uma pessoa firme	11	11,6	53	55,8	22	23,2	9	9,5	95	100
Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais	2	2	39	39	46	46	13	13	100	100

Quadro nº 81: Distribuição das respostas relativas aos itens que constituem o Questionário Auto-Avaliação - STAI forma Y-2 - Ansiedade traço - (O que sente Habitualmente)

Sinto-me bem

Em relação à afirmação vinte e um , **“Sinto-me bem”**, 38% dos participantes diz sentir-se moderadamente; 37% refere sentir-se um pouco; 23% afirma não se sentir nada bem e 2% assumem sentir-se muito bem. Gráfico nº 138.

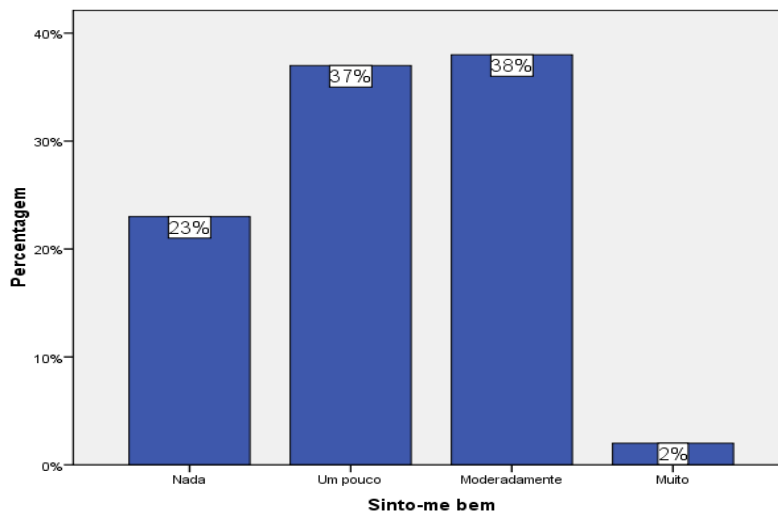


Gráfico nº 138: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me bem”

Sinto-me nervoso e agitado

Quanto ao item vinte e dois, **“Sinto-me nervoso e agitado”**, a grande maioria dos participantes considera sentir-se um pouco (52%); 26% dos indivíduos refere não se sentir nada nervoso e agitado; 1% diz sentir-se moderadamente e 3% afirma sentir-se muito nervoso e agitado. Gráfico nº 139.

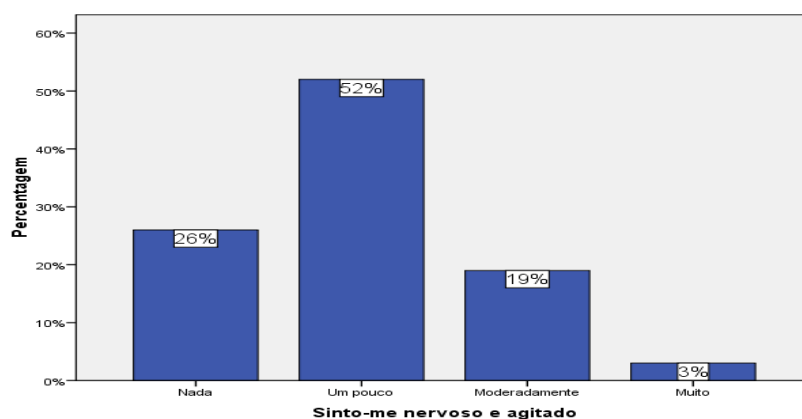


Gráfico nº 139: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me nervoso e agitado”

Sinto-me satisfeito consigo mesmo

Em relação à afirmação vinte e três, **“Sinto-me satisfeito consigo mesmo”**, a maioria dos participantes considera sentir-se moderadamente (44,4%); 30,3% dos indivíduos refere não se sentir nada satisfeito; 23,2% diz sentir-se moderadamente e 1% afirma sentir-se muito satisfeito consigo mesmo, (gráfico nº 140).

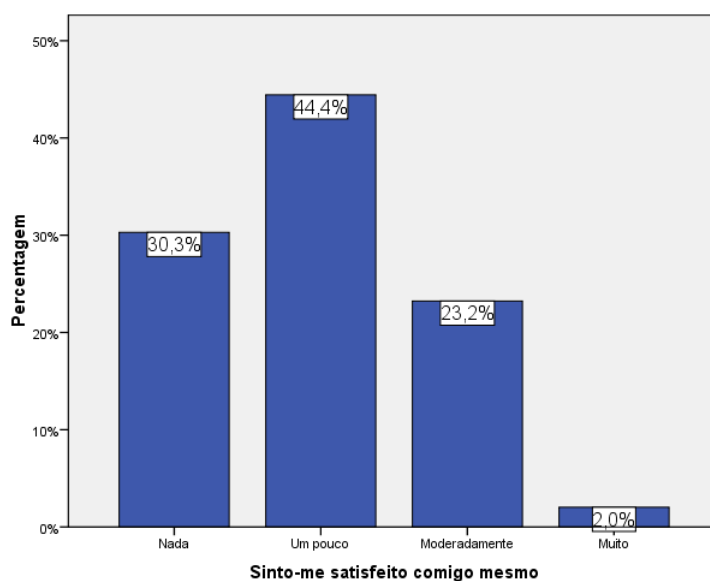


Gráfico nº 140: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me satisfeito consigo mesmo”

Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser

Quanto à afirmação vinte e quatro **“Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser”**, verifica-se que a grande maioria dos inquiridos diz que gostava um pouco de (...), (54%); 23% afirma que gostaria moderadamente de (...); 20% refere que gostaria muito de (...) e 3% assume que não gostaria nada de poder ser tão feliz como os outros parecem ser. Gráfico nº 141.

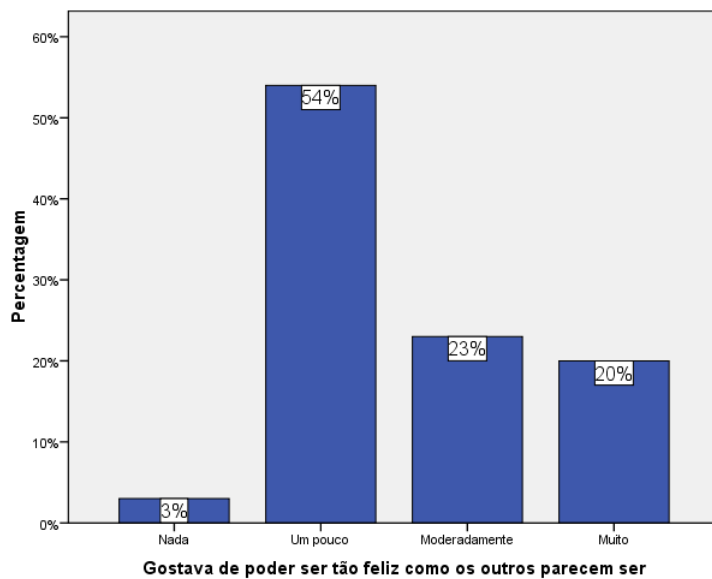


Gráfico n.º 141: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser”

Sinto-me falhado

Em relação ao item vinte e cinco, “**Sinto-me falhado**”, 60% dos participantes refere que se sente um pouco; 20% diz sentir-se moderadamente; 13% afirma não se sentir nada falhado e 7% assume-se muito falhado. Gráfico n.º 142.

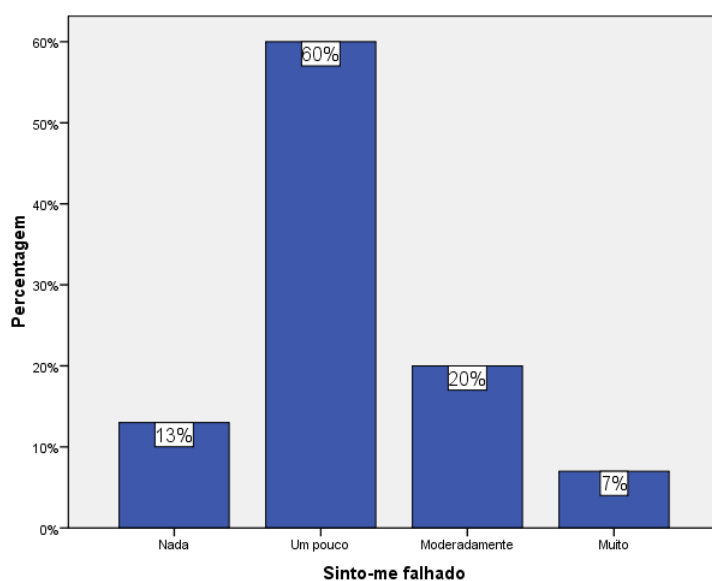


Gráfico n.º 142: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me falhado”

Sinto-me tranquilo

Relativamente ao item vinte e seis, “**Sinto-me tranquilo**”, os inquiridos revelam sentir-se um pouco (41%); moderadamente (36%); nada (22%) e muito tranquilo (1%). Gráfico nº 143.

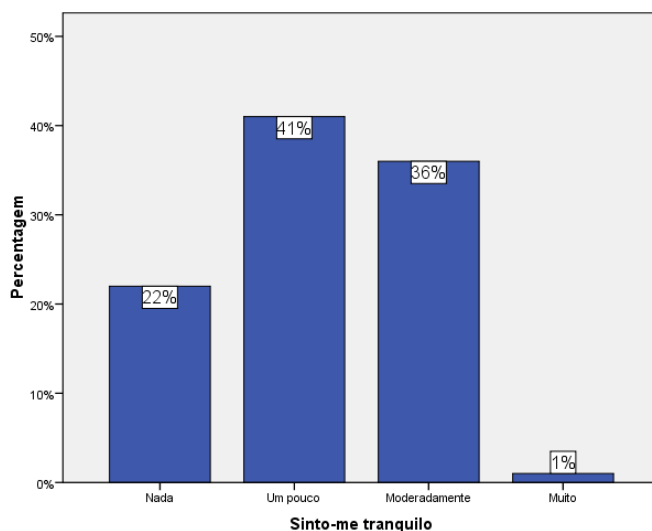


Gráfico nº 143: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me tranquilo”

Estou calmo, fresco e concentrado

Quanto à afirmação vinte e sete “**Estou “calmo, fresco e concentrado”**”, a maioria dos participantes refere não estar nada (...); (46,5%); 41,4% diz estar um pouco (...); 12,1% afirma estar moderadamente (...) e nenhum dos participantes se colocou no sentir-se muito tranquilo. Gráfico nº 144.

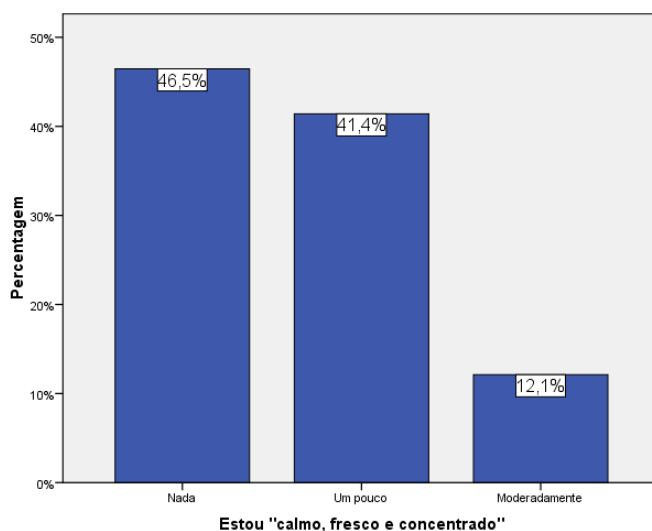


Gráfico nº 144: Distribuição das respostas relativas à afirmação estou “calmo , fresco e concentrado”

Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar

Relativamente à afirmação vinte e oito, “**Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar**”, 40% dos inquiridos desta amostra diz sentir um pouco; 36% refere sentir moderadamente; 18% diz sentir muito e 6% considera não sentir nada. Gráfico n^o 145.

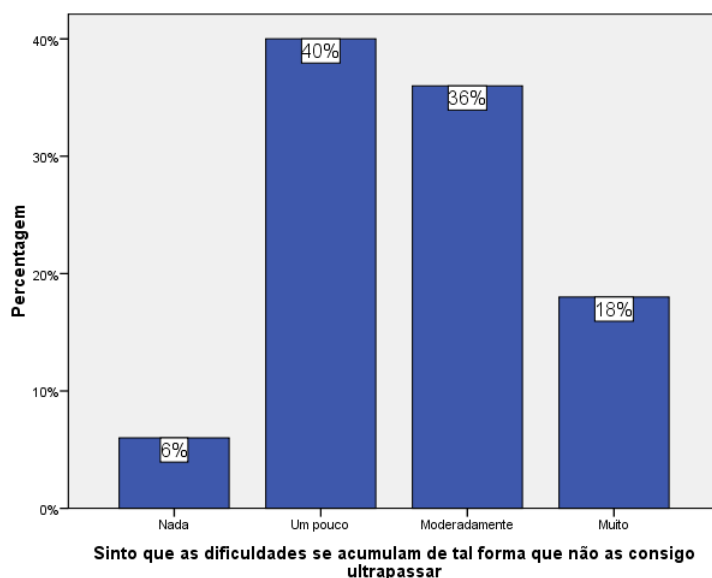


Gráfico n^o 145: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar”

Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância

Quanto ao item vinte e nove, “**Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância**”, 48% dos indivíduos diz preocupar-se moderadamente; 39% refere que se preocupa um pouco; 8% afirma preocupar-se muito e 5% diz não se preocupar nada com coisas que na realidade não têm importância. Gráfico n^o 146.

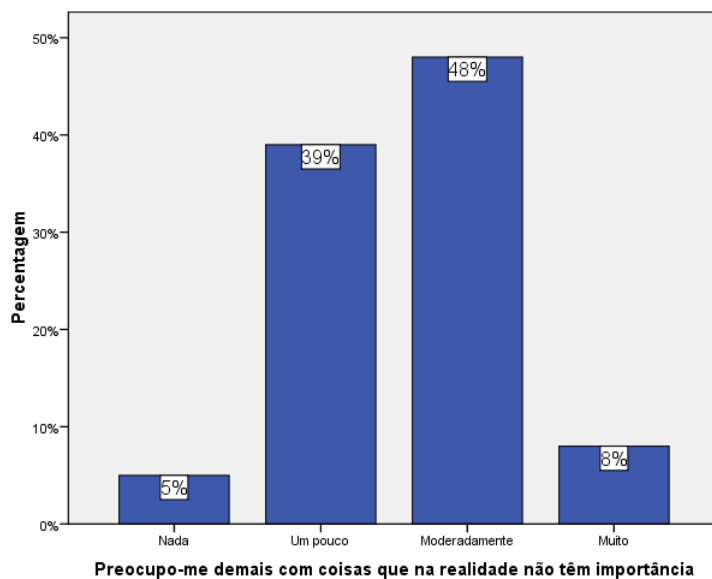


Gráfico nº 146: Distribuição das respostas relativas à afirmação "Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância"

Estou feliz

Em relação à afirmativa trinta "**Estou feliz**", verifica-se que a maioria dos participantes refere estar um pouco feliz (49%); 27,6% diz não estar nada feliz; 21,4% assume-se moderadamente feliz e 2% muito feliz. Gráfico nº 147.

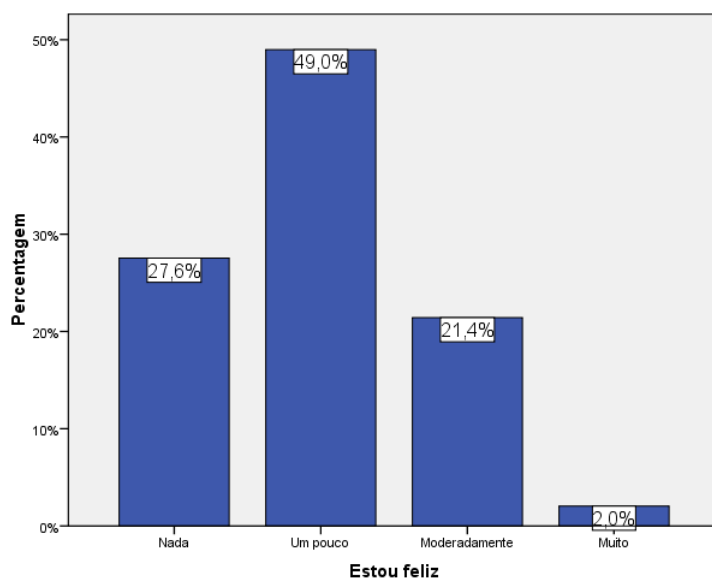


Gráfico nº 147: Distribuição das respostas relativas à afirmação "Estou feliz"

Tenho pensamentos que me perturbam

Quanto à afirmação trinta e um, “**Tenho pensamentos que me perturbam**” a maioria dos inquiridos diz ter um pouco.(45%); 34% refere ter pensamentos que os perturbam moderadamente; 17% diz ter muitas vezes e 4% afirma não ter nada pensamentos que o perturbam. Gráfico nº 148.

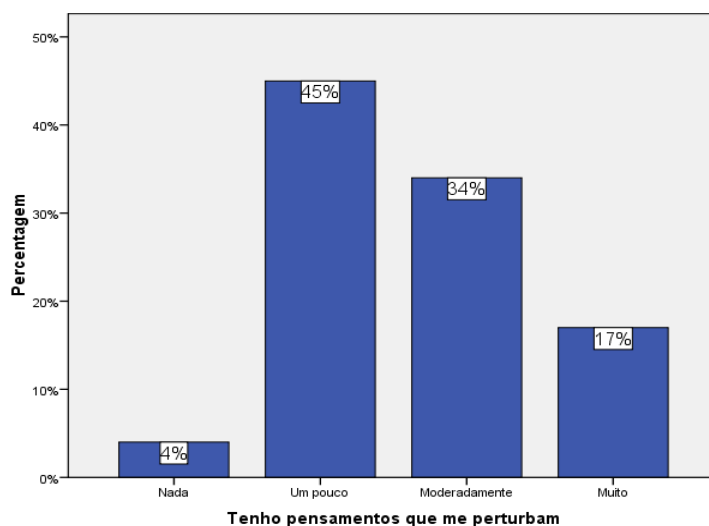


Gráfico nº 148: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Tenho pensamentos que me perturbam”

Falta-me autoconfiança

Quanto à afirmação trinta e dois, “**Falta-me auto-confiança**”, 42,4% dos indivíduos diz faltar-lhe um pouco; 31,3% refere faltar-lhe moderadamente; 16,2% assume faltar-lhe muito e 10,1% diz não lhe faltar nada auto-confiança. Gráfico nº 149.

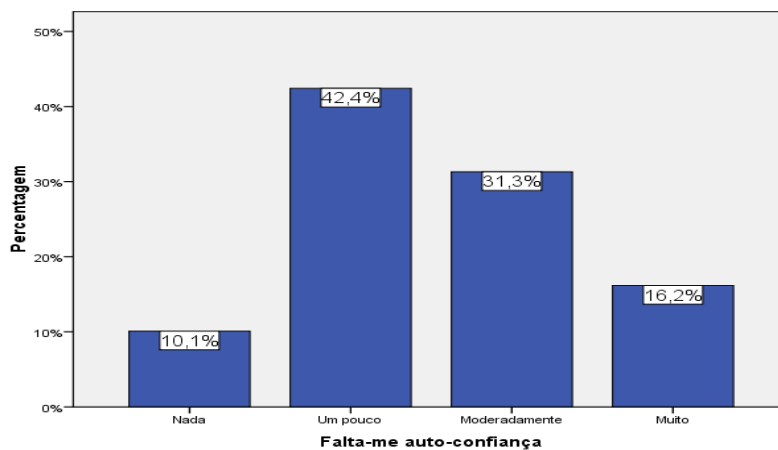


Gráfico nº 149: Distribuição das respostas relativas à afirmação

Sinto-me seguro

Em relação ao item trinta e três, “**Sinto-me seguro**”, 41,2% dos participantes afirma sentir-se um pouco; 32% diz sentir-se moderadamente; 23,7% refere não se sentir nada seguro e 3,1% refere sentir-se muito seguro. Gráfico nº 150.

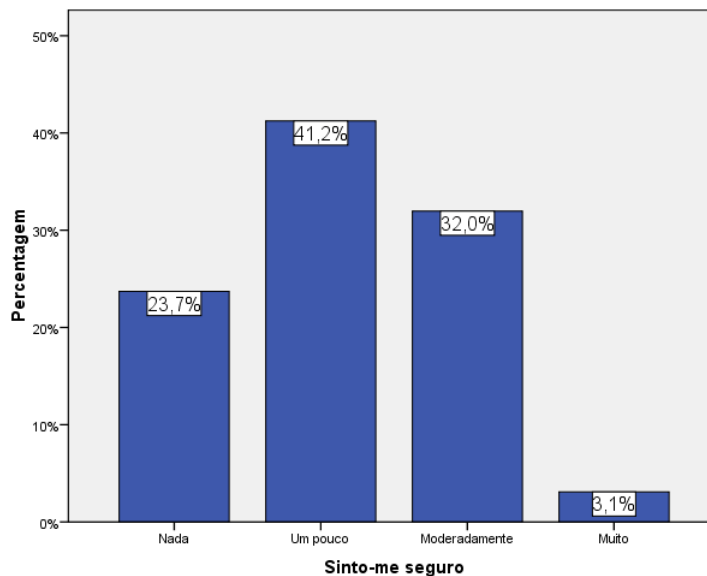


Gráfico nº 150: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me seguro”

Tomo decisões facilmente

Quanto à afirmação trinta e quatro, “**Tomo decisões facilmente**” verifica-se que 39,4% da população da amostra declara um pouco; 29,3% diz moderadamente; 25,3% refere não tomar decisões facilmente e 6,1% dos indivíduos diz tomar decisões muito facilmente. Gráfico nº 151.

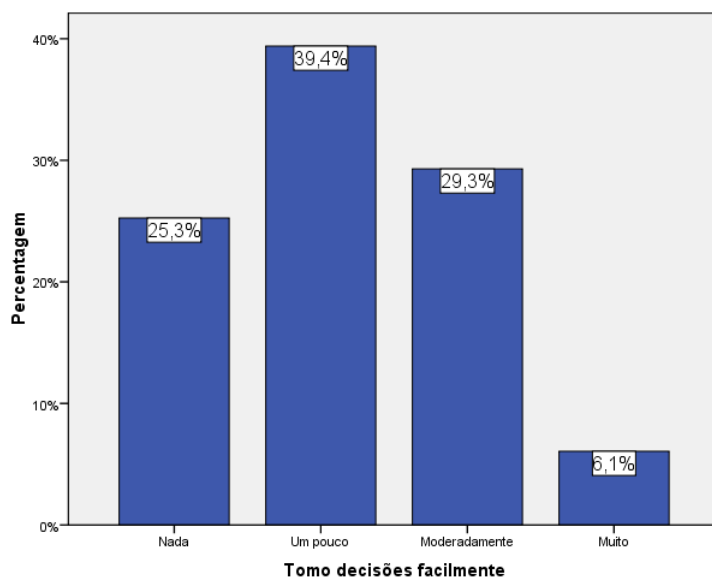


Gráfico n.º 151: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Tomo decisões facilmente”

Sinto-me inadequado

Relativamente à afirmação trinta e cinco, “**Sinto-me inadequado**”, a grande maioria dos indivíduos (65,7%) sente-se um pouco inadequada; 17,2% não se sente nada inadequado; 10,1% sente-se moderadamente e 7,1% sente-se muito inadequado. Gráfico n.º 152.

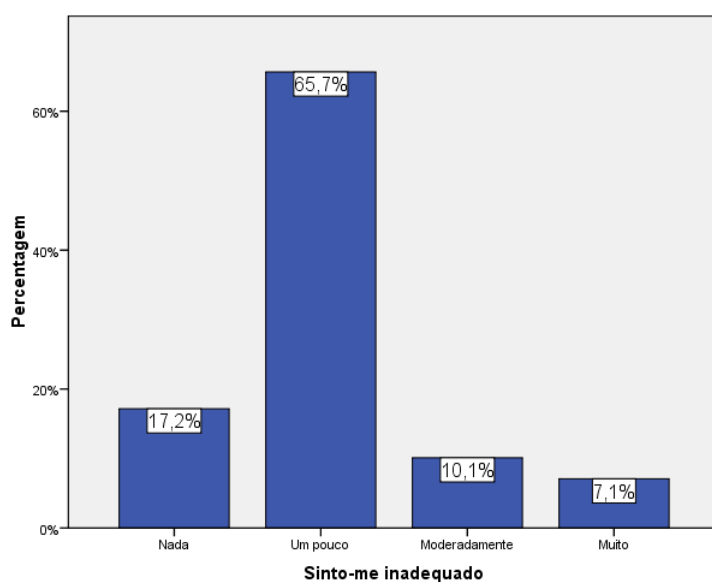


Gráfico n.º 152: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me inadequado”

Sinto-me contente

Quanto ao item trinta e seis “**Sinto-me contente**”, a grande maioria dos participantes (52,5%) refere estar um pouco contente; 27,3% diz estar moderadamente; 20,2% afirma não estar nada contente e nenhum participante da amostra declarou estar muito contente. Gráfico n^o 153.

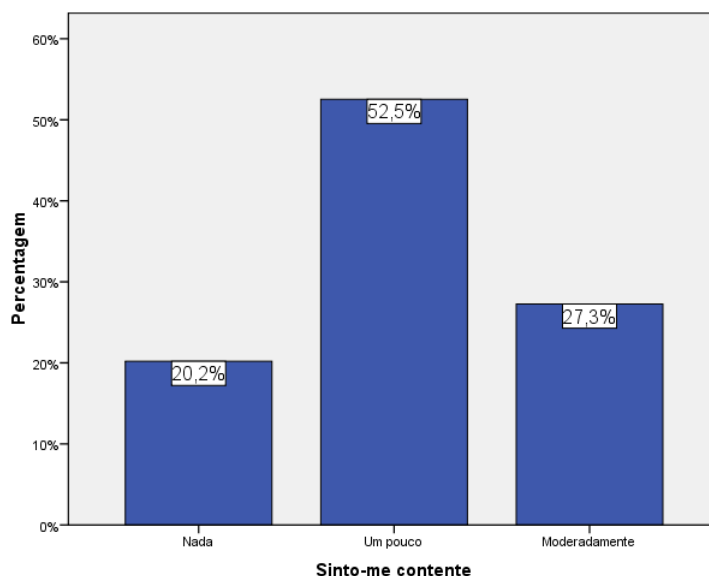


Gráfico n^o 153: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sinto-me contente”

Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam

Quanto à afirmação trinta e sete, “**Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam**”, 49% dos inquiridos afirma que moderadamente “...”; 38% refere um pouco “...”; 10% diz muito e 3% declaram nada. Gráfico n^o 154.

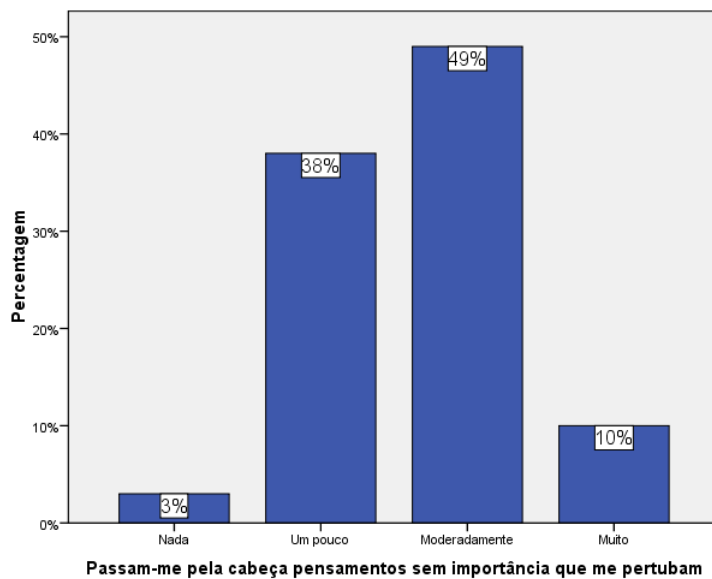


Gráfico n.º 154: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam”

As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha cabeça

Quanto à afirmação trinta e oito, “As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha cabeça”, 45% dos inquiridos afirma que moderadamente “...”; 34% refere um pouco; 20% diz muito e 1% declara nada. Gráfico n.º 155.

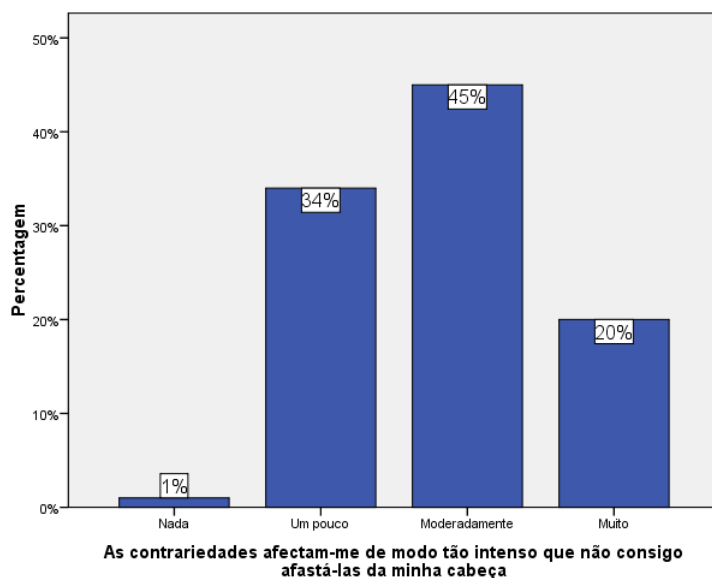


Gráfico n.º 155: Distribuição das respostas relativas à afirmação “As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha cabeça”

Sou uma pessoa firme

Em relação à questão trinta e nove, “**Sou uma pessoa firme**”, 55,8% dos participantes diz ser uma pessoa um pouco firme; 23,2% refere ser moderadamente firme; 11,6% afirma não ser nada firme e 9,5% considera-se uma pessoa muito firme. Gráfico n^o 156.

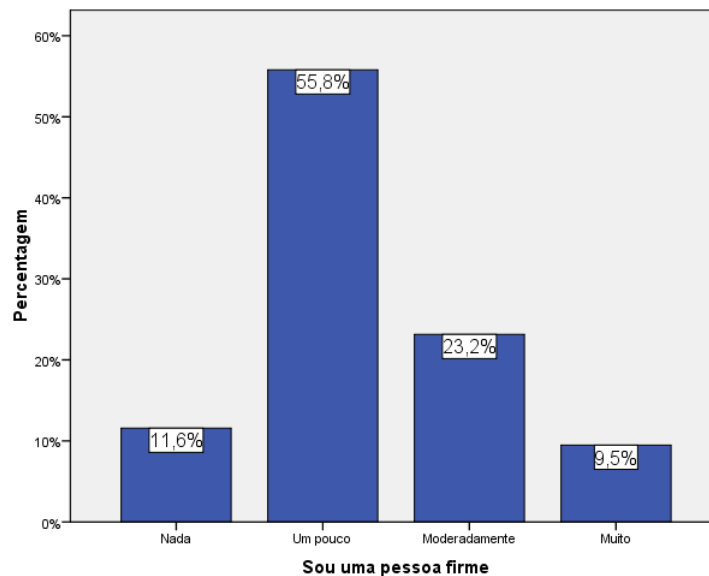


Gráfico n^o 156: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Sou uma pessoa firme”

Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais

Quanto à afirmação quarenta, “**Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais**”, verifica-se que a maioria dos inquiridos considera que fica moderadamente (46%); 39% diz ficar um pouco; 13% afirma ficar muito tenso e perturbado e 2% diz não ficar nada tenso e perturbado quando pensa nas suas preocupações e interesses actuais. Gráfico n^o 157.

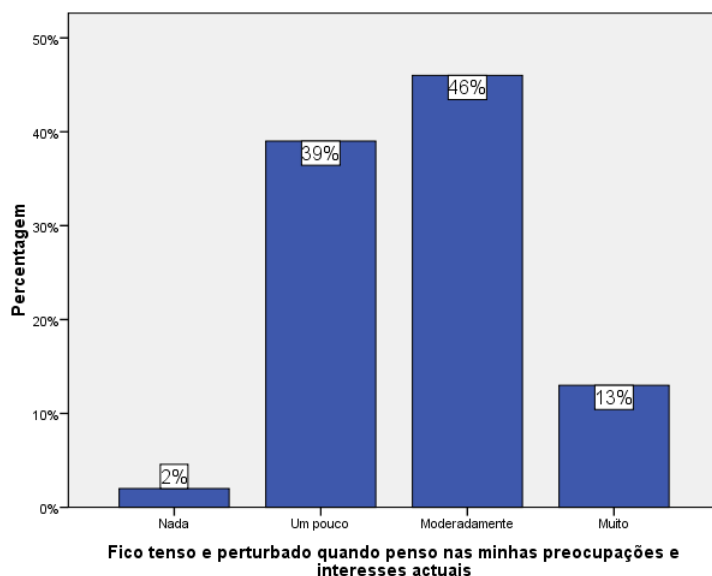


Gráfico nº 157: Distribuição das respostas relativas à afirmação “Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais”

Ansiedade Traço	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Avaliação global STAI forma Y-2	87	38	58	46,06	3,733

Quadro nº 82: Medidas descritivas para a avaliação global STAI forma Y-2

Tendo em conta que o valor mínimo possível da avaliação global da escala da ansiedade traço é de 20 e o valor máximo possível de 80, o ponto médio da escala é o valor 50, abaixo do qual há baixos níveis de ansiedade e acima do qual já existe níveis consideráveis de ansiedade. A média dos inquiridos é de $46,06 \pm 3,733$, o que revela a existência de ansiedade traço embora não muito elevada ou seja uma ansiedade moderada. O valor mínimo observado foi de 38 e o máximo de 58.

Para sumarizar em relação à ansiedade Traço apresentada pelos inquiridos também os, agrupámos em aspectos positivos e negativos e concluímos que relativamente à ansiedade traço, a maioria dos indivíduos desta amostra sente habitualmente de forma moderada ou intensa:

Aspectos Negativos: preocupação demais com coisas que na realidade não têm importância (48% moderadamente e 8% muito), pensamentos sem importância que os perturbam (49% moderadamente e 10% muito); que as contrariedades os afectam de modo tão intenso que não conseguem afastá-las da cabeça (45% moderadamente e 20% muito); ficam tensos e perturbados quando pensam nas suas preocupações e interesses actuais (46% moderadamente e 13% muito).

A maioria dos inquiridos habitualmente não se sente nada : Calmo, fresco e concentrado (46,5%).

De realçar ainda que a maioria dos indivíduos se sente habitualmente um pouco: nervoso e agitado (52%). Gostavam de poder ser tão felizes como os outros parecem ser (54%). Sentem-se falhados (60%); têm pensamentos que os perturbam (45%); falta-lhes auto confiança (42,4%); sentem-se inadequados (65,7%).

Aspectos Positivos: Sentem-se bem (38% moderadamente e 8% muito). Estão satisfeitos consigo mesmo (44,4%); tranquilos (41%); estão felizes (49%); seguros (41,2%); tomam decisões facilmente (39,4%); contentes (52,5%) e são pessoas firmes (55,8%).

7.6. Características Significativas Das Modalidades Das Variáveis Em Estudo

7.6.1. Qual o impacto dos factores de risco da Doença Coronária e ou doença coronária na Qualidade de vida de Indivíduos residentes no Concelho de Odivelas?

Para avaliar o impacto dos factores de risco da Doença Coronária, descritos na bibliografia, na Qualidade de vida, procedeu-se a várias análises, as quais se apresentam de seguida.

I. Influência da hereditariedade percebida na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-breef)

Para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da hereditariedade percebida (sim, não, não sei), procedeu-se a uma análise de variância a 1 factor (One Way-ANOVA – ANEXO XVII, verificação dos pressupostos de aplicação), a partir da qual se pode concluir que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,010 < 0,05$ – quadro nº 83). Após o teste de comparações múltiplas (para verificar entre que categorias existem essas diferenças) conclui-se que existem diferenças entre os indivíduos que afirmam ter antecedentes familiares e os que afirmam não ter. Esta situação está ilustrada no gráfico nº 158, a partir do qual se pode ver que os indivíduos que afirmam ter antecedentes familiares têm, em média, menores valores de qualidade de vida.

ANOVA					
Avaliação global da qualidade de vida					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1682,786	2	841,393	4,822	,010
Within Groups	16227,453	93	174,489		
Total	17910,240	95			

Quadro nº 83: Resultados do teste One Way-ANOVA

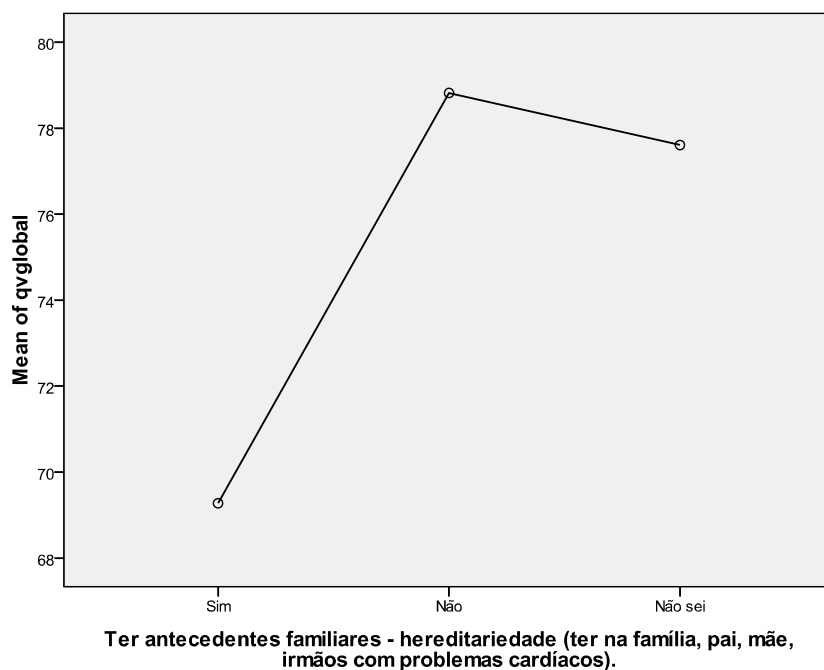


Gráfico n.º 158: Média da qualidade de vida global/hereditariedade

II. Influência da presença da Diabetes Mellitus percebida na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-breef)

Para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da presença da Diabetes Mellitus percebida (sim, não, não sei), procedeu-se, uma vez mais, a uma análise de variância a 1 factor (One Way-ANOVA – ANEXO XVIII, verificação dos pressupostos de aplicação), a partir da qual se pode concluir que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,00 < 0,05$ – quadro n.º 84). Após o teste de comparações múltiplas (para verificar entre que categorias existem essas diferenças) concluiu-se que existem diferenças entre os indivíduos que afirmam não saber se têm diabetes Mellitus, dos que afirmam ter e dos que afirmam não ter. Esta situação está ilustrada no gráfico n.º 159, a partir do qual se pode ver que os indivíduos que afirmam não saber se têm Diabetes Mellitus têm, em média, menores valores de qualidade de vida.

ANOVA

Avaliação global da qualidade de vida					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3793,115	2	1896,557	12,494	,000
Within Groups	14117,125	93	151,797		
Total	17910,240	95			

Quadro n° 84: Resultados do teste One Way-ANOVA

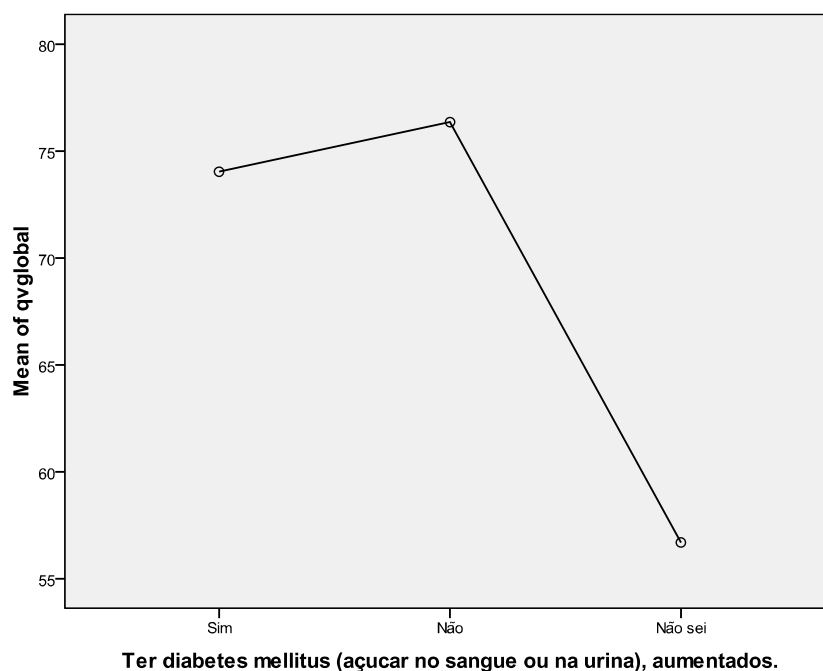


Gráfico n° 159: Média da qualidade de vida global/Diabetes Mellitus percebida

III. Influência da presença de peso acima do normal para a sua altura (obesidade) percebida na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-breef).

Para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da presença de peso acima do normal para a sua altura – obesidade – (sim, não, não sei), procedeu-se, novamente, a uma análise de variância a 1 factor (One Way-ANOVA –

anexo XIX, verificação dos pressupostos de aplicação), a partir da qual se pode concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,402>0,05$ – quadro n^o 85).

ANOVA					
Avaliação global da qualidade de vida					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	347,274	2	173,637	,919	,402
Within Groups	17562,966	93	188,849		
Total	17910,240	95			

Quadro n^o 85: Resultados do teste One Way-ANOVA

Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, pode ver-se a partir do gráfico n^o 160, que quem afirma não saber se tem mais peso do que o normal para a sua altura (obesidade), apresenta em média uma qualidade de vida ligeiramente mais baixa que os restantes.

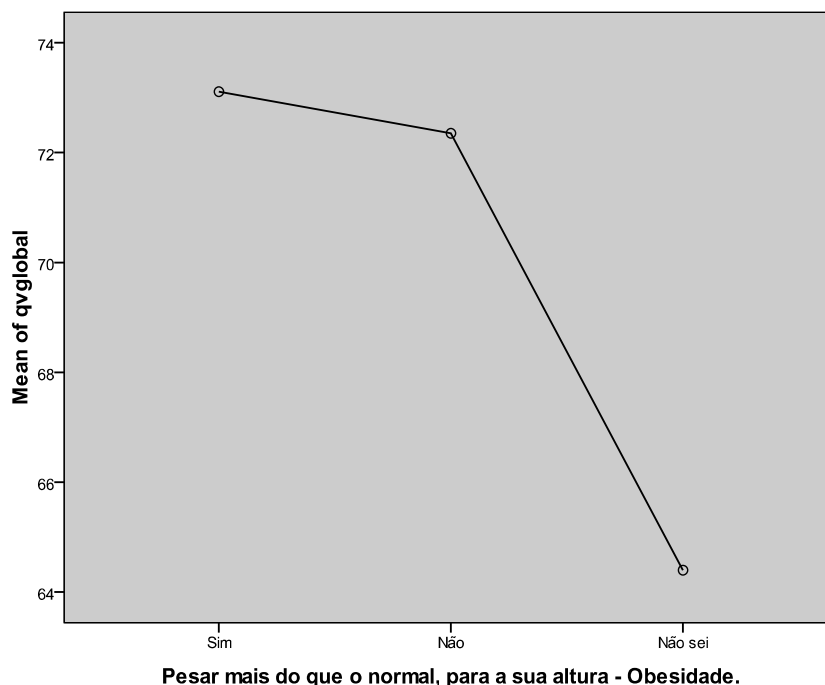


Gráfico n^o 160: Média da qualidade de vida global/peso a mais do que o normal para a sua altura

IV. Influência da presença de Hipercolesterolemia percebida na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-brief)

Para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da presença de Hipercolesterolemia percebida (sim, não, não sei), procedeu-se, uma vez mais, a uma análise de variância a 1 factor (One Way-ANOVA – ANEXO XX, verificação dos pressupostos de aplicação), a partir da qual se pode concluir que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000 < 0,05$ – quadro nº 86). Após o teste de comparações múltiplas (para verificar entre que categorias existem essas diferenças) conclui-se que existem diferenças entre os indivíduos que afirmam não saber se têm hipercolesterolemia dos que afirmam ter e dos que afirmam não ter. Esta situação está ilustrada no gráfico nº 161, a partir do qual se pode ver que os indivíduos que afirmam não saber se têm hipercolesterolemia têm, em média, menores valores de qualidade de vida.

ANOVA					
Avaliação global da qualidade de vida					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4430,780	2	2215,390	15,285	,000
Within Groups	13479,459	93	144,940		
Total	17910,240	95			

Quadro nº 86: Resultados do teste One Way-ANOVA

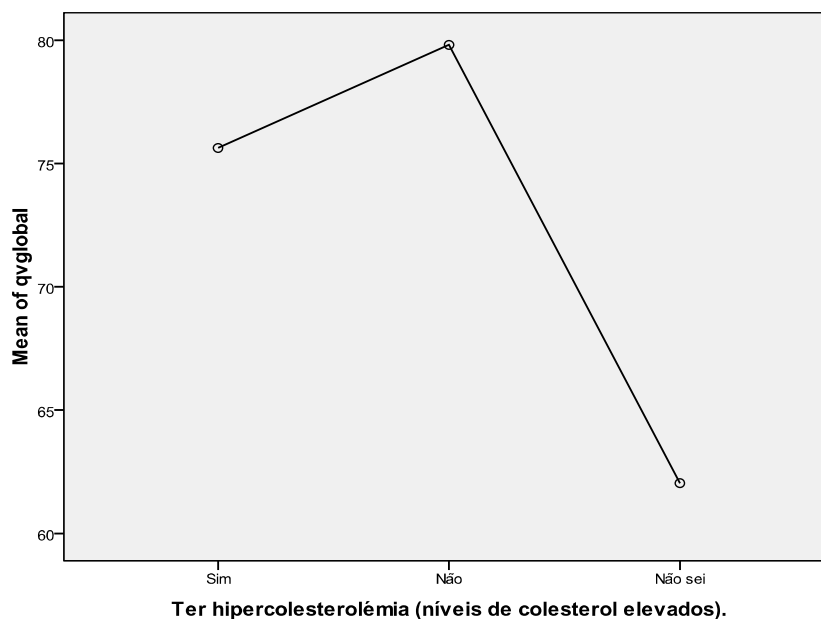


Gráfico nº 161: Média da qualidade de vida global/hipercolesterolemia

V. Influência da presença de Hipertensão percebida na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-breef).

Para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da presença de Hipertensão percebida (sim, não, não sei), procedeu-se, uma vez mais, a uma análise de variância a 1 factor (One Way-ANOVA – ANEXO XXI, verificação dos pressupostos de aplicação), a partir da qual se pode concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,205 > 0,05$ – quadro n^o 87).

ANOVA

Avaliação global da qualidade de vida					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	599,453	2	299,727	1,610	,205
Within Groups	17310,786	93	186,137		
Total	17910,240	95			

Quadro n^o 87: Resultados do teste One Way-ANOVA

Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, pode ver-se a partir do gráfico n^o 162, que quem afirma não ter hipertensão, apresenta em média uma qualidade de vida ligeiramente mais elevada que os restantes.

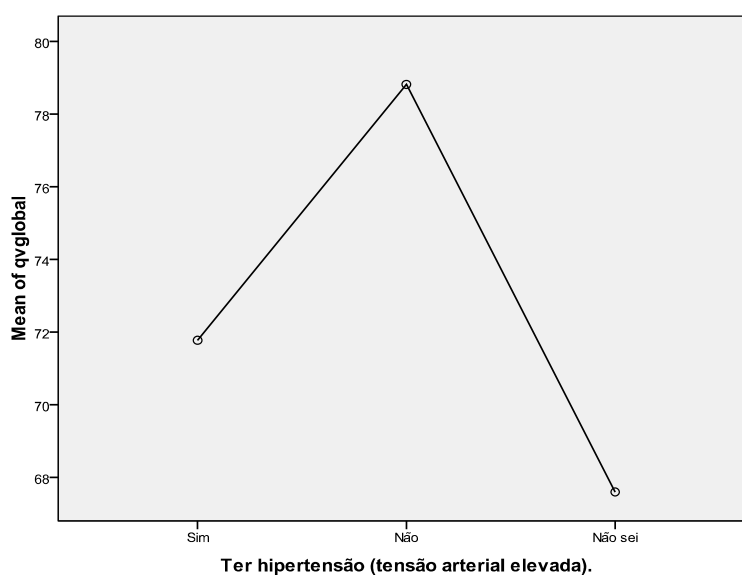


Gráfico n^o 162: Média da qualidade de vida global/hipertensão

VI. Influência do Estado Emocional – Stress (dimensão 1 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-breef)

Para verificar se existe influência do Estado Emocional – Stress na avaliação global da qualidade de vida, procedeu-se em primeiro lugar à categorização da avaliação global do estado emocional - stress, calculando-se a média da avaliação global desta dimensão. Da categorização resultaram as categorias: Muito bom, bom, razoável, insuficiente e mau. No entanto, depois de uma análise exploratória, verificou-se que as categorias dos extremos (muito bom, bom e mau) tinham poucas observações, o que podia inviabilizar toda a análise, optou-se então por considerar somente duas categorias, **positivo** que inclui as categorias muito bom (que não tinha nenhuma observação) bom e razoável e **negativo** que inclui as categorias insuficiente e mau.

Assim, para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da avaliação global do Estado Emocional - Stress, procedeu-se ao teste t para amostra independentes, cujos resultados se apresentam de seguida.

Categorias da avaliação global da dimensão 1 - Estado emocional - Stress		N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Avaliação global da qualidade de vida	positivo	29	81,72	10,426	1,936
	negativo	65	68,58	13,099	1,625

Quadro nº 88: Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global do Estado Emocional - Stress

Da aplicação do teste t para amostras independentes (quadro nº 89), pode concluir-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000<0,05$) e além disso, que os que têm um Estado Emocional – Stress positivo, apresentam em média valores de qualidade de vida superiores (pelos valores assinalados a negrito no quadro anterior). Os pressupostos de aplicação do teste encontram-se no anexo XXII.

		Teste de Levene para igualdade de Variâncias		Teste t para igualdade de médias						
									Intervalo de confiança a 95% para as diferenças	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Média diferenças	Erro padrão das diferenças	inferior	superior
Avaliação global da qualidade de vida	Variâncias iguais	2,874	,093	4,765	92	,000	13,140	2,757	7,663	18,616
	Variâncias diferentes			5,199	66,825	,000	13,140	2,528	8,094	18,185

Quadro n° 89: Resultados do teste t para amostras independentes

VII. Influência do Estado Emocional – Emotividade (dimensão 2 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-breef)

Para verificar se existe influência do Estado Emocional – Emotividade na avaliação global da qualidade de vida, procedeu-se em primeiro lugar à categorização da avaliação global do estado emocional - emotividade, calculando-se a média da avaliação global desta dimensão. Da categorização resultaram as categorias: Muito bom, bom, razoável, insuficiente e mau. No entanto, depois de uma análise exploratória, verificou-se que as duas categorias dos extremos (muito bom, bom e mau) tinham poucas observações, o que podia inviabilizar toda a análise, optou-se por considerar somente duas categorias, **positivo** que inclui as categorias muito bom, bom e razoável e **negativo** que inclui as categorias insuficiente e mau.

Assim, para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da avaliação global do Estado Emocional - Emotividade, procedeu-se ao teste t para amostra independentes, cujos resultados se apresentam de seguida. Quadro n° 90.

Categorias da avaliação global da dimensão 2 - Estado emocional - Emotividade		N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Avaliação global da qualidade de vida	positivo	49	76,02	12,836	1,834
	negativo	47	68,55	13,724	2,002

Quadro nº 90: Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global do Estado Emocional – Emotividade

Da aplicação do teste t para duas amostras independentes (quadro nº 91), pode concluir-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,007<0,05$) e além disso, que os que têm um Estado Emocional – Emotividade positivo, apresentam em média valores de qualidade de vida superiores (pelos valores assinalados a negrito no quadro anterior). Os pressupostos de aplicação do teste encontram-se no anexo XXIII.

		Teste de Levene para igualdade de Variâncias		Teste t para igualdade de médias						
								Intervalo de confiança a 95% para as diferenças		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Média diferenças	Erro padrão das diferenças	inferior	superior
Avaliação global da qualidade de vida	Variâncias iguais	,220	,640	2,754	94	,007	7,467	2,711	2,085	12,850
	Variâncias diferentes			2,751	92,901	,007	7,467	2,715	2,076	12,858

Quadro nº 91: Resultados do teste t para amostras independentes

VIII. Influência da Satisfação Pessoal (dimensão 3 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-brief).

Para verificar se existe influência da Satisfação pessoal na avaliação global da qualidade de vida, procedeu-se em primeiro lugar à categorização da avaliação global do estado emocional - emotividade, calculando-se a média da avaliação global desta dimensão. Da categorização resultaram as categorias: Muito bom, bom, razoável, insuficiente e mau. No entanto, depois de uma análise exploratória, verificou-se que as duas categorias dos extremos (muito bom, bom e

mau) tinham poucas observações, o que podia inviabilizar toda a análise, optou-se por considerar somente duas categorias, **positivo** que inclui as categorias muito bom, bom e razoável e **negativo** que inclui as categorias insuficiente e mau.

Assim, para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da avaliação global Satisfação pessoal, procedeu-se ao teste t para amostra independentes, cujos resultados se apresentam de seguida. Quadro nº 92.

	Categorias da avaliação global da dimensão 3 - Satisfação pessoal	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Avaliação global da qualidade de vida	positivo	49	76,02	12,836	1,834
	negativo	47	68,55	13,724	2,002

Quadro nº 92: Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global do Estado Emocional - Stress

Da aplicação do teste t para duas amostras independentes (quadro nº 93), pode concluir-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,007 < 0,05$) e além disso, que os que têm uma satisfação pessoal positiva, apresentam em média valores de qualidade de vida superiores (pelos valores assinalados a negrito no quadro anterior). Os pressupostos de aplicação do teste encontram-se no anexo XXIV.

		Teste de Levene para igualdade de Variâncias		Teste t para igualdade de médias						
								Intervalo de confiança a 95% para as diferenças		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Média diferenças	Erro padrão das diferenças	inferior	superior
Avaliação global da qualidade de vida	Variâncias iguais	,220	,640	2,754	94	,007	7,467	2,711	2,085	12,850
	Variâncias diferentes			2,751	92,901	,007	7,467	2,715	2,076	12,858

Quadro nº 93: Resultados do teste t para amostras independentes

IX. Influência Actividade (dimensão 4 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-breef)

Para verificar se existe influência da Actividade na avaliação global da qualidade de vida, procedeu-se em primeiro lugar à categorização da avaliação global da actividade, calculando-se a média da avaliação global desta dimensão. Da categorização resultaram as categorias: Muito bom, bom, razoável, insuficiente e mau. No entanto, depois de uma análise exploratória, verificou-se que as duas categorias dos extremos (muito bom, bom e mau) tinham poucas observações, o que podia inviabilizar toda a análise, optou-se por considerar somente duas categorias, **positivo** que inclui as categorias muito bom, bom e razoável e **negativo** que inclui as categorias insuficiente e mau.

Assim, para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da avaliação global Actividade, procedeu-se ao teste t para amostra independentes, cujos resultados se apresentam de seguida. Quadro nº 94.

	Categorias da avaliação global da dimensão 4 - Actividade	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Avaliação global da qualidade de vida	positivo	77	72,35	13,073	1,490
	negativo	18	73,50	16,310	3,844

Quadro nº 94: Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global Actividade

Da aplicação do teste t para duas amostras independentes (quadro nº 95), pode concluir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,750>0,05$). De referir, que os indivíduos com uma avaliação global da Actividade negativa, apresentam valores de qualidade de vida ligeiramente superiores (pelos valores assinalados a negrito no quadro anterior). Os pressupostos de aplicação do teste encontram-se no anexo XXV.

		Teste de Levene para igualdade de Variâncias		Teste t para igualdade de médias						
									Intervalo de confiança a 95% para as diferenças	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Média diferenças	Erro padrão das diferenças	inferior	superior
Avaliação global da qualidade de vida	Variâncias iguais	1,480	,227	-,320	93	,750	-1,149	3,593	-8,284	5,985
	Variâncias diferentes			-,279	22,377	,783	-1,149	4,123	-9,692	7,393

Quadro nº 95: resultados do teste t para amostras independentes

X. Influência Realização profissional (dimensão 5 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-brief)

Para verificar se existe influência Realização profissional na avaliação global da qualidade de vida, procedeu-se em primeiro lugar à categorização da avaliação global da realização profissional, calculando-se a média da avaliação global desta dimensão. Da categorização resultaram as categorias: Muito bom, bom, razoável, insuficiente e mau. No entanto, depois de uma análise exploratória, verificou-se que as duas categorias dos extremos (muito bom, bom e mau) tinham poucas observações, o que podia inviabilizar toda a análise, optou-se por considerar somente duas categorias, **positivo** que inclui as categorias muito bom, bom e razoável e **negativo** que inclui as categorias insuficiente e mau.

Assim, para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da avaliação global da realização profissional, procedeu-se ao teste t para duas amostra independentes, cujos resultados se apresentam de seguida. Quadro nº 96.

	Categorias da avaliação global da dimensão 5 - Realização profissional	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Avaliação global da qualidade de vida	positivo	51	69,82	15,519	2,173
	negativo	45	75,24	10,836	1,615

Quadro n° 96: Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global Realização profissional

Da aplicação do teste t para duas amostras independentes (quadro n° 97), pode concluir-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,048 < 0,05$), além disso, que os que têm uma Realização profissional negativa, apresentam em média valores de qualidade de vida superiores (pelos valores assinalados a negrito no quadro anterior). Os pressupostos de aplicação do teste encontram-se no anexo XXVI.

		Teste de Levene para igualdade de Variâncias		Teste t para igualdade de médias						
									Intervalo de confiança a 95% para as diferenças	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Média diferenças	Erro padrão das diferenças	inferior	superior
Avaliação global da qualidade de vida	Variâncias iguais	11,808	,001	-1,959	94	,053	-5,421	2,767	-10,915	,073
	Variâncias diferentes			-2,002	89,477	,048	-5,421	2,708	-10,801	-,041

Quadro n° 97: Resultados do teste t para amostras independentes

XI. Influência da Mobilidade (dimensão 6 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-breef)

Para verificar se existe influência da Mobilidade na avaliação global da qualidade de vida, procedeu-se em primeiro lugar à categorização da avaliação global da mobilidade, calculando-se a média da avaliação global desta dimensão. Da categorização resultaram as categorias: Muito bom, bom, razoável, insuficiente e mau. No entanto, depois de uma análise exploratória, verificou-se que as duas categorias dos extremos (muito bom, bom e mau)

tinham poucas observações, o que podia inviabilizar toda a análise, optou-se por considerar somente duas categorias, **positivo** que inclui as categorias muito bom, bom e razoável e **negativo** que inclui as categorias insuficiente e mau.

Assim, para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da avaliação global da Mobilidade, procedeu-se ao teste t para duas amostras independentes, cujos resultados se apresentam de seguida. Quadro nº 98.

	Categorias da avaliação global da dimensão 6 - Mobilidade	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Avaliação global da qualidade de vida	positivo	62	73,39	14,081	1,788
	negativo	33	71,03	12,890	2,244

Quadro nº 98: Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global da Mobilidade

Da aplicação do teste t para duas amostras independentes (quadro nº 99), pode concluir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,426>0,05$). De referir que os têm uma Mobilidade positiva, apresentam em média valores de qualidade de vida superiores (pelos valores assinalados a negrito no quadro anterior). Os pressupostos de aplicação do teste encontram-se no anexo XXVII.

		Teste de Levene para igualdade de Variâncias		Teste t para igualdade de médias						
									Intervalo de confiança a 95% para as diferenças	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Média diferenças	Erro padrão das diferenças	inferior	superior
Avaliação global da qualidade de vida	Variâncias iguais	,564	,455	,799	93	,426	2,357	2,948	-3,498	8,212
	Variâncias diferentes			,821	70,615	,414	2,357	2,869	-3,365	8,079

Quadro nº 99: Resultados do teste t para amostras independentes

XII. Influência dos Métodos Contraceptivos (dimensão 7 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-brief) – aplicável somente às mulheres

Para verificar se existe influência dos métodos contraceptivos na avaliação global da qualidade de vida, procedeu-se em primeiro lugar à criação de novas categorias, isto é, juntaram-se as duas últimas categorias (entre [10; 20[e +20) uma vez que o número de respostas (observações) em cada uma destas categorias era muito baixo (3 para cada). Assim sendo, as categorias consideradas são nunca, ≤ 5 , [5; 10[e ≥ 10 .

Assim, para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da avaliação global dos Métodos contraceptivos, procedeu-se à aplicação do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (uma vez que os pressupostos de aplicação da One Way-ANOVA não se verificavam). Da aplicação do teste de Kruskal Wallis (quadros nº 100 e nº 101), conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,913>0,05$), o que significa que as diferenças encontradas na amostra, podem dever-se ao acaso, o que era expectável.

	Categorias da dimensão 7 - Métodos Contraceptivos	N	Média das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Nunca	17	22,53
	<5	15	25,47
	[5; 10[10	25,60
	≥ 10	6	25,83
	Total	48	

Quadro nº 100: Média das ordens das categorias dos métodos contraceptivos

Estatística de teste ^{a,b}	
Avaliação global da qualidade de vida	
Chi-Square	,525
df	3
Asymp. Sig.	,913

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Categorias da dimensão 7 - Métodos Contraceptivos

Quadro nº 101: Resultados do teste de Kruskal Wallis

XIII. Influência da Tomada de decisão (dimensão 8 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-brief)

Para verificar se existe influência da tomada de decisão na avaliação global da qualidade de vida, procedeu-se à aplicação do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (uma vez que os pressupostos de aplicação da One Way-ANOVA não se verificavam). Da aplicação do teste de Kruskal Wallis (quadros nº 102 e 103), conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,012 > 0,05$): Após as comparações múltiplas (para verificar entre que categorias existem essas diferenças) conclui-se que existem diferenças entre os indivíduos que afirmam ter sempre dificuldade em tomar decisões dos restantes (anexo XXVIII). Esta situação está ilustrada no gráfico nº 163, a partir do qual se pode ver que os indivíduos que afirmam ter sempre dificuldade em tomar decisões têm, em média, menores valores de qualidade de vida, relativamente às restantes categorias da tomada de decisão.

Tomada de decisão.		N	Média das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Nunca	8	34,25
	Algumas vezes	9	27,17
	Regularmente	6	31,42
	Frequentemente	20	25,20
	Sempre	7	9,14
	Total	50	

Quadro nº 102: Média dos ordens das categorias da Tomada de decisão

Estatística de teste ^{a,b}	
	Avaliação global da qualidade de vida
Chi-Square	12,828
df	4
Asymp. Sig.	,012

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Tomada de decisão.

Quadro nº 103: Resultados do teste de Kruskal Wallis

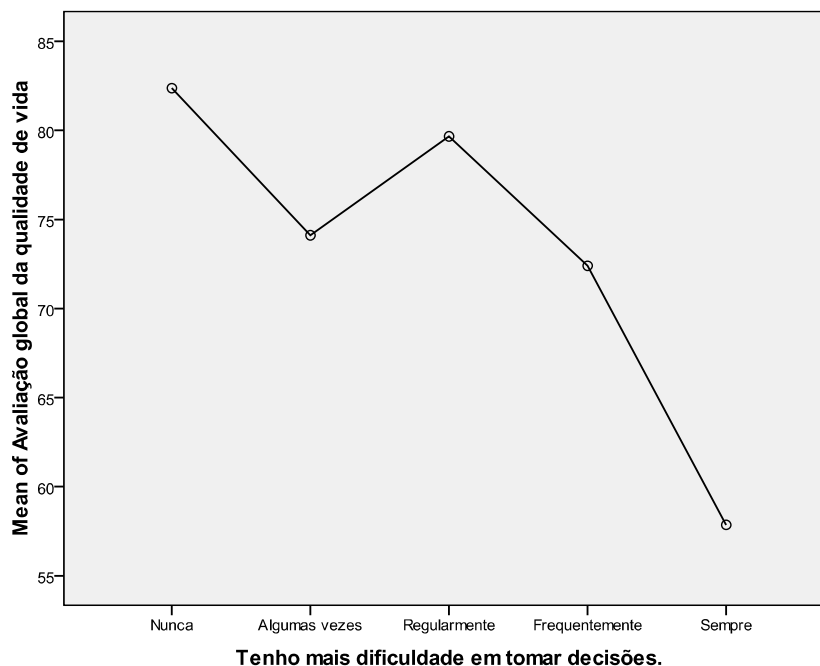


Gráfico n.º 163: Média da qualidade de vida global/Tomada de decisão

XIV. Influência dos hábitos de consumo (dimensão 9 do questionário de itens comportamentais) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-breef)

Para verificar se existe influência dos hábitos de consumo na avaliação global da qualidade de vida, procedeu-se em primeiro lugar à categorização da avaliação global dos hábitos de consumo, calculando-se a média da avaliação global desta dimensão. Da categorização resultaram as categorias: Muito bom, bom, razoável, insuficiente e mau. No entanto, depois de uma análise exploratória, verificou-se que as duas categorias dos extremos (muito bom, bom e mau) tinham poucas observações, o que podia inviabilizar toda a análise, optou-se por considerar somente duas categorias, **positivo** que inclui as categorias muito bom, bom e razoável e **negativo** que inclui as categorias insuficiente e mau.

Assim, para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da avaliação global dos hábitos de consumo, procedeu-se ao teste t para duas amostras independentes, cujos resultados se apresentam de seguida. Quadro n.º 104.

	Categorias da avaliação global da dimensão 9 - Hábitos de consumo	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Avaliação global da qualidade de vida	positivo	24	75,71	15,513	3,167
	negativo	17	70,59	12,258	2,973

Quadro nº 104: Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global dos hábitos de consumo

Da aplicação do teste t para amostras independentes (quadro nº 105), pode concluir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,265>0,05$). De referir que os têm hábitos de consumo positivos, apresentam em média valores de qualidade de vida superiores (pelos valores assinalados a negrito no quadro anterior). Os pressupostos de aplicação do teste encontram-se no anexo XXIX.

		Teste de Levene para igualdade de Variâncias		Teste t para igualdade de médias						
									Intervalo de confiança a 95% para as diferenças	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Média diferenças	Erro padrão das diferenças	inferior	superior
Avaliação global da qualidade de vida	Variâncias iguais	1,031	,316	1,132	39	,265	5,120	4,523	-4,028	14,268
	Variâncias diferentes			1,179	38,461	,246	5,120	4,343	-3,669	13,910

Quadro 105: Resultados do teste t para amostras independentes

XV. Influência da Ansiedade Estado (Questionário de auto-avaliação STAI - forma Y-1) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-breef)

Para verificar se existe influência da Ansiedade Estado na avaliação global da qualidade de vida, procedeu-se em primeiro lugar à categorização da avaliação global da Ansiedade Estado, calculando-se a média da avaliação global deste questionário. Da categorização resultaram as

categorias: Nada, Um pouco, Moderadamente e Muito. No entanto, depois de uma análise exploratória, verificou-se que as duas categorias dos extremos (Nada e Muito) não tinham qualquer observação, tendo-se registado somente respostas nas categorias Um pouco e Moderadamente.

Assim, para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da avaliação global da Ansiedade Estado (que possui somente duas categorias, devido às respostas dos inquiridos), procedeu-se ao teste t para amostras independentes, cujos resultados se apresentam de seguida. Quadro nº 106.

	Categorias da avaliação global STAI forma Y-1	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Avaliação global da qualidade de vida	Um pouco	77	72,65	13,822	1,575
	Moderadamente	14	70,86	14,147	3,781

Quadro nº 106: Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global da Ansiedade Estado

Da aplicação do teste t para amostras independentes (quadro nº 107), pode concluir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,658>0,05$). De referir que os têm um nível de Ansiedade estado mais elevado, apresentam em média valores de qualidade de vida inferiores (pelos valores assinalados a negrito no quadro anterior). Os pressupostos de aplicação do teste encontram-se no anexo XXX.

		Teste de Levene para igualdade de Variâncias		Teste t para igualdade de médias						
									Intervalo de confiança a 95% para as diferenças	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Média diferenças	Erro padrão das diferenças	inferior	superior
Avaliação global da qualidade de vida	Variâncias iguais	,007	,935	,445	89	,658	1,792	4,030	-6,215	9,799
	Variâncias diferentes			,438	17,813	,667	1,792	4,096	-6,819	10,404

Quadro nº 107: Resultados do teste t para amostras independentes

XVI. Influência da Ansiedade Traço (Questionário de auto-avaliação STAI - forma Y-2) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-brief)

Para verificar se existe influência da Ansiedade Traço na avaliação global da qualidade de vida, procedeu-se em primeiro lugar à categorização da avaliação global da Ansiedade Traço, calculando-se a média da avaliação global deste questionário. Da categorização resultaram as categorias: Nada, Um pouco, Moderadamente e Muito. No entanto, depois de uma análise exploratória, verificou-se, uma vez mais, que as duas categorias dos extremos (Nada e Muito) não tinham qualquer observação, tendo-se registado somente respostas nas categorias Um pouco e Moderadamente.

Assim, para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da avaliação global da Ansiedade Traço (que possui somente duas categorias, devido às respostas dos inquiridos), procedeu-se ao teste t para amostras independentes, cujos resultados se apresentam de seguida. Quadro nº 108.

	Categorias da avaliação global STAI forma Y-2	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Avaliação global da qualidade de vida	Um pouco	66	72,98	13,404	1,650
	Moderadamente	16	73,88	13,205	3,301

Quadro nº 108: Medidas descritivas para as duas categorias da avaliação global da Ansiedade Traço

Da aplicação do teste t para amostras independentes (quadro nº 109), pode concluir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,812>0,05$). De referir que os têm um nível de Ansiedade Traço mais elevado, apresentam em média valores de qualidade de vida ligeiramente inferiores (pelos valores assinalados a negrito no quadro anterior). Os pressupostos de aplicação do teste encontram-se no anexo XXX.

		Teste de Levene para igualdade de Variâncias		Teste t para igualdade de médias						
									Intervalo de confiança a 95% para as diferenças	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Média diferenças	Erro padrão das diferenças	inferior	superior
Avaliação global da qualidade de vida	Variâncias iguais	,042	,838	-,239	80	,812	-,890	3,725	-8,303	6,523
	Variâncias diferentes			-,241	23,097	,812	-,890	3,691	-8,523	6,743

Quadro n° 109: Resultados do teste t para amostras independentes

XVII. Influência da Depressão (Inventário Beck) na avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-breef)

Para verificar se existe influência da Depressão na avaliação global da qualidade de vida, procedeu-se em primeiro lugar à categorização da avaliação global Depressão de acordo com a categorização proposta por Gouveia (1990).

Assim, para averiguar a influência da Depressão na avaliação global da qualidade de vida, aplicou-se a One Way-ANOVA (anexo XXXI, verificação dos pressupostos de aplicação), a partir da qual se pode concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000 < 0,05$ – quadro n° 110). Após o teste de comparações múltiplas (para verificar entre que categorias existem essas diferenças) conclui-se que existem diferenças entre os indivíduos severamente deprimidos dos que têm depressão leve ou moderada e dos que não têm depressão. Esta situação está ilustrada no gráfico n° 164, a partir do qual se pode ver que os indivíduos severamente deprimidos têm, em média, menores valores de qualidade de vida.

Avaliação global da qualidade de vida					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6051,976	2	3025,988	23,480	,000
Within Groups	11856,382	92	128,874		
Total	17908,358	94			

Quadro n° 110: Resultados da aplicação da One Way-ANOVA

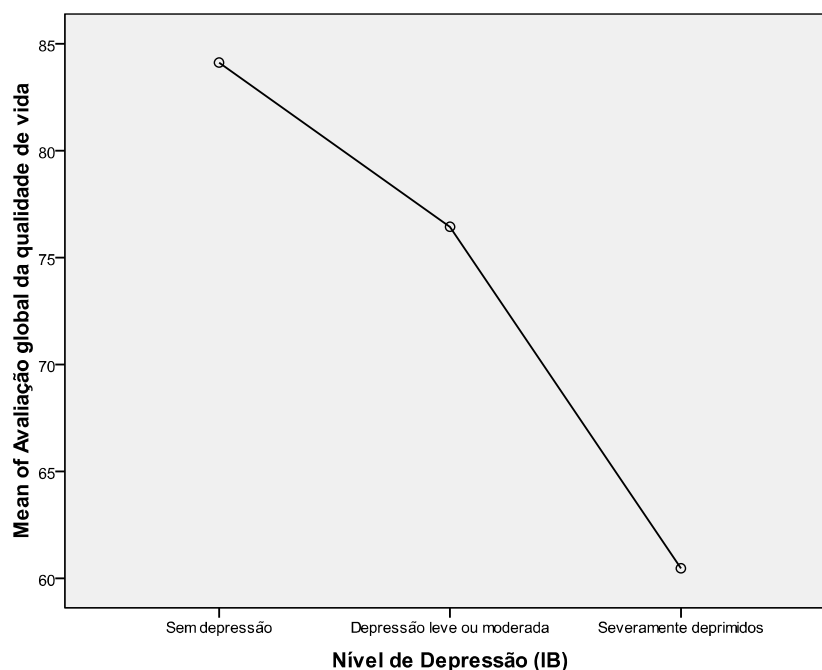


Gráfico n° 164: Média da qualidade de vida global/Depressão

7.6.2. Influência da Doença Coronária (presença ou ausência) na Qualidade de vida

Para verificar se existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre as categorias da Doença Coronária (presente ou ausente), procedeu-se ao teste t para amostras independentes, cujos resultados se apresentam de seguida. Quadro n° 111.

	Doença coronária	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Avaliação global da qualidade de vida	Não	39	77,79	12,429	1,990
	Sim	57	68,65	13,432	1,779

Quadro n° 111: Medidas descritivas para as duas categorias da Doença Coronária

Da aplicação do teste t para amostras independentes (quadro n° 112), pode concluir-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,001 < 0,05$). Além disso, que os que têm Doença Coronária, apresentam em média valores de qualidade de vida inferiores (pelos

valores assinalados a negrito no quadro anterior). Os pressupostos de aplicação do teste encontram-se no anexo XXXII.

		Teste de Levena para igualdade de variâncias		Teste t para igualdade de médias						
									Intervalo de confiança a 95%	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Média diferenças	Erro padrão das diferenças	inferior	superior
Avaliação global da qualidade de vida	Variâncias iguais	2,285	,134	3,376	94	,001	9,146	2,709	3,767	14,524
	Variâncias diferentes			3,426	85,812	,001	9,146	2,669	3,839	14,453

Quadro nº 112: Resultados do teste t para amostras independentes

7.6.3. Diferença dos níveis de ansiedade (STAI Y-1 e STAI Y-2) entre o ter ou não Doença Coronária, nos indivíduos do concelho de Odivelas.

Para verificar se existem diferenças da avaliação global da STAI Y-1, Ansiedade Estado entre as categorias da Doença Coronária (presente ou ausente), procedeu-se ao teste t para amostras independentes, cujos resultados se apresentam de seguida. Quadro nº 113.

	Doença coronária	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Avaliação global STAI forma Y-1	Não	37	43,57	3,516	,578
	Sim	58	45,02	4,359	,572
Avaliação global STAI forma Y-2	Não	38	46,42	3,629	,589
	Sim	49	45,78	3,826	,547

Quadro nº 113: Medidas descritivas da avaliação global STAI Y-1 e STAI Y-2 em cada uma das categorias da Doença Coronária

Da aplicação do teste t para amostras independentes (quadro nº 114), pode concluir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,093>0,05$, para a STAI Y-1 e $p=0,427>0,05$ para a STAI Y-2). Isto significa que os indivíduos com ou sem Doença Coronária apresentam níveis de Ansiedade Estado e de Ansiedade Traço idênticos,

ligeiramente acima da média da escala (40). Os pressupostos de aplicação do teste encontram-se no anexo XXXIII.

	Teste de Levena para igualdade de variâncias		Teste t para igualdade de médias						
								Intervalo de confiança a 95%	
	F	Sig.	t	dfr	Sig. (2-tailed)	Média diferenças	Erro padrão das diferenças	inferior	superior
Avaliação global STAI forma Y-1	Variâncias iguais	,174	-1,700	93	,093	-1,450	,853	-3,143	,244
			Variâncias diferentes	-1,782	87,856	,078	-1,450	,813	-3,066
Avaliação global STAI forma Y-2	Variâncias iguais	,990	,798	85	,427	,646	,809	-,962	2,253
			Variâncias diferentes	,804	81,562	,424	,646	,803	-,953

Quadro nº 114: Resultados do teste t para amostras independentes

7.6.4. Diferença dos níveis de depressão entre o ter ou não Doença Coronária, nos indivíduos do concelho de Odivelas.

Para verificar se existem diferenças da avaliação global da depressão entre as categorias da Doença Coronária (presente ou ausente), procedeu-se ao teste t para amostras independentes, cujos resultados se apresentam de seguida. Quadro nº 114.

Group Statistics

	Doença coronária	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Avaliação global do IB	Não	40	23,78	10,864	1,718
	Sim	59	24,78	12,691	1,652

Quadro nº 115: Medidas descritivas da avaliação global do I.B. em cada uma das categorias da Doença Coronária

Da aplicação do teste t para amostras independentes (quadro nº 116), pode concluir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,683>0,05$). Isto significa que os indivíduos com ou sem Doença Coronária apresentam níveis de Depressão idênticos, bastante baixos relativamente à média da escala (40). Os pressupostos de aplicação do teste encontram-se no anexo XXXIV.

		Teste de Levena para igualdade de variâncias		Teste t para igualdade de médias						
									Intervalo de confiança a 95%	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Média diferenças	Erro padrão das diferenças	inferior	superior
Avaliação global do IB	Variâncias iguais	2,912	,091	-,409	97	,683	-1,005	2,456	-5,879	3,869
	Variâncias diferentes			-,422	91,744	,674	-1,005	2,383	-5,738	3,729

Quadro nº116: Resultados do teste t para amostras independentes

7.6.5. Relação das variáveis Sócio-Demográficas (género e idade) na percepção da qualidade de vida.

Relativamente à idade, pode ver-se quer pelos valores do coeficiente de correlação de Pearson (quadro nº 117) quer pelos diagramas de dispersão (gráfico nº 165 a 169) que não existe relação significativa entre a idade e a qualidade de vida quer no global quer entre os diferentes domínios.

		Avaliação global da qualidade de vida	Domínio físico WHOQOL-brief	Domínio psicológico WHOQOL-brief	Domínio relações sociais WHOQOL-brief	Domínio meio ambiente WHOQOL-brief
Idade	Pearson Correlation	-,104	-,141	-,081	-,144	,066
	Sig. (2-tailed)	,311	,160	,433	,153	,512
	N	96	100	97	100	100

Quadro nº 117: Coeficiente de correlação de Pearson entre idade v.s. Avaliação global da qualidade de vida idade v.s. Domínio físico WHOQOL-brief, idade v.s. Domínio psicológico WHOQOL-brief, idade v.s. Domínio relações sociais WHOQOL-brief e idade v.s. Domínio meio ambiente WHOQOL-brief

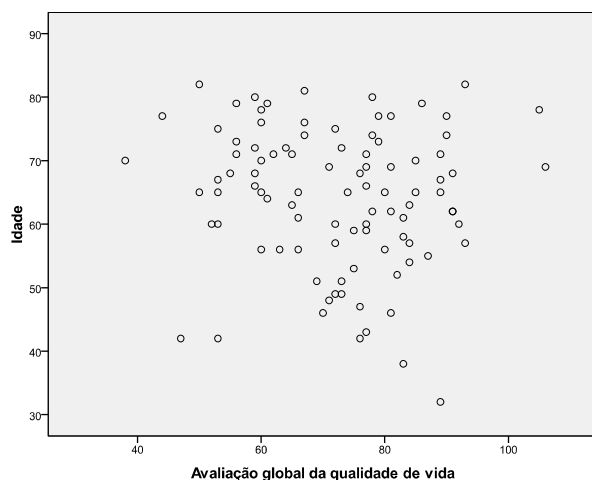


Gráfico 165: Diagrama de dispersão idade v.s. Avaliação global da Qualidade de vida

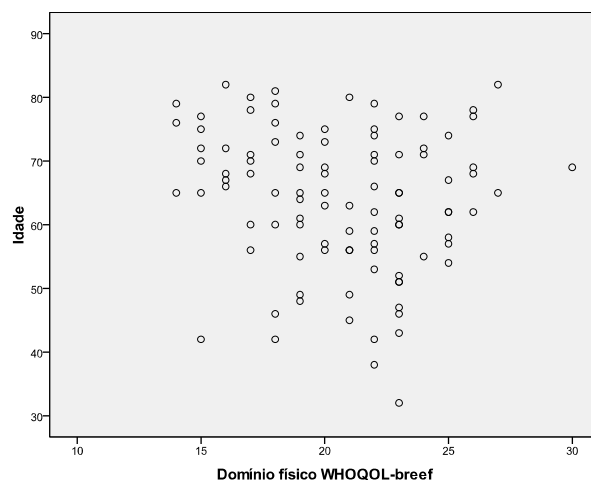


Gráfico nº 166: Diagrama de dispersão idade v.s. Domínio Físico

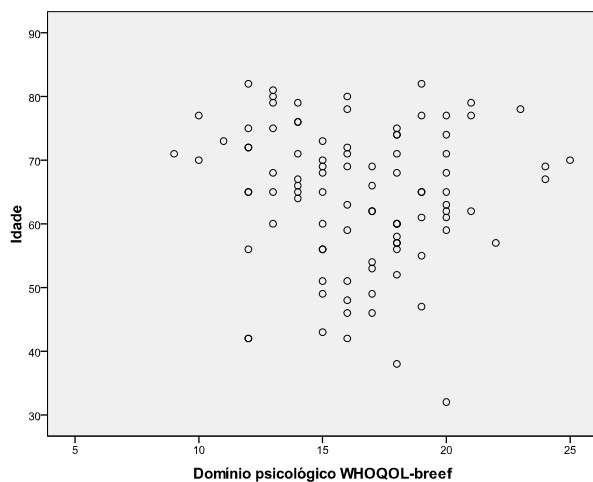


Gráfico nº 167: Diagrama de dispersão idade v.s. Domínio Psicológico

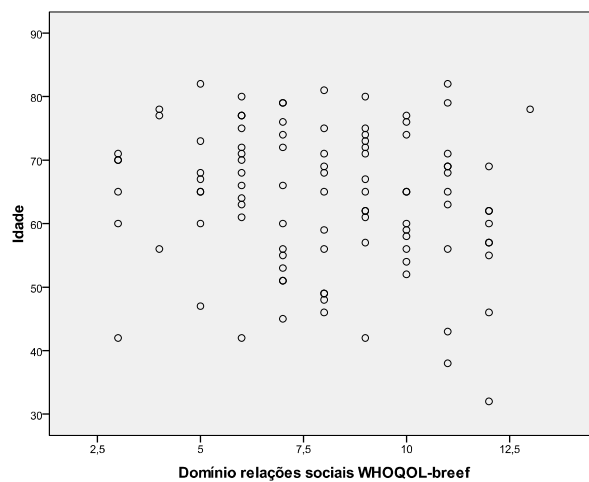


Gráfico nº 168: Diagrama de dispersão idade v.s. Domínio Relações Sociais

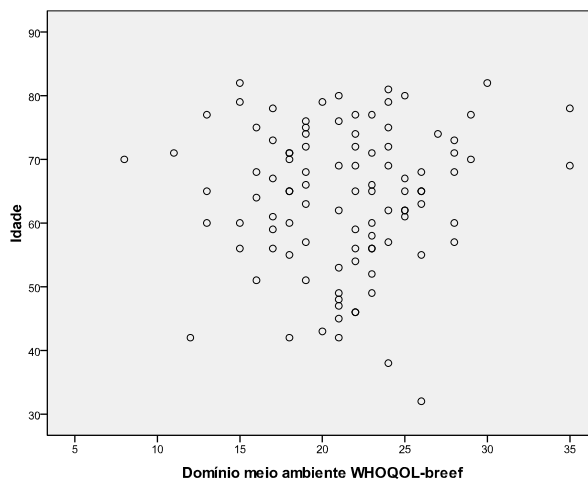


Gráfico nº 169: Diagrama de dispersão idade v.s. Domínio Meio Ambiente

Quanto ao género, para avaliar a existência de relação com a qualidade de vida, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de associação Eta, que é utilizado quando se pretende avaliar a relação entre uma variável nominal e uma variável medida em escala métrica. Pode verificar-se que em nenhuma das situações existe associação do género com a qualidade de vida (avaliação global, Domínio físico, Domínio psicológico, Domínio relações sociais e Domínio Meio ambiente) – quadros nº 118 a 122.

Medidas direccionais

			Value
Nominal por Intervalo	Eta	Género Dependente	,626
		Avaliação global da qualidade de vida Dependente	,059

Quadro nº 118: Medida de associação Eta género v.s. Avaliação global da qualidade de vida

Medidas direccionais

			Value
Nominal por Intervalo	Eta	Género Dependente	,391
		Domínio físico WHOQOL-breef Dependente	,088

Quadro nº 119: Medida de associação Eta género v.s. Domínio Físico

Medidas direccionais

			Value
Nominal por Intervalo	Eta	Género Dependente	,472
		Domínio psicológico WHOQOL-breef Dependente	,056

Quadro nº 120: Medida de associação Eta género v.s. Domínio Psicológico

Medidas direccionais

			Value
Nominal por Intervalo	Eta	Género Dependente	,244
		Domínio relações sociais WHOQOL-breef Dependente	,094

Quadro nº 121: Medida de associação Eta género v.s. Domínio Relações sociais

Medidas direccionais			Value
Nominal por Intervalo	Eta	Género Dependente	,424
		Domínio meio ambiente WHOQOL-breef Dependente	,069

Quadro nº 122: Medida de associação Eta género v.s. Domínio Meio ambiente

7.6.6. Relação das habilitações literárias com os factores de risco.

7.6.7. Relação da condição económica com os factores de risco.

Nestas duas questões não se procedeu à análise por ser observável na análise exploratória inicial (estatística descritiva) que a maioria dos indivíduos possuía a 4ª classe e que, relativamente à condição económica, esta é baixa, não permitindo obter resultados relevantes .

Em virtude de possuímos inúmeros dados, procedeu-se à análise de mais alguns, dos quais não tinham sido levantadas questões de investigação, mas que pela revisão da literatura nos pareceu ser pertinente conhecer estes resultados.

Passamos a descrever as questões levantadas e trabalhadas:

Qual a Influência do Estado Civil na avaliação global da qualidade de vida?

Qual a Relação da idade do Cônjuge e a avaliação global da qualidade de vida?

Qual a Influência do Número de filhos na avaliação global da qualidade de vida?

Qual a Relação entre o Número de anos que vive na localidade e a avaliação global da qualidade de vida?

Qual a Influência da situação profissional actual, na avaliação global da qualidade de vida?

Qual a Influência do rendimento mensal, na avaliação global da qualidade de vida?

Será que existem diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre a internalidade e externalidade ?

Será que existem Diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre a prática (ou não) de religião?

7.6.8. Influência do Estado Civil na avaliação global da qualidade de vida

Para verificar se existe influência do Estado Civil na avaliação global da Qualidade de Vida (questionário WHOQOL-*breef*), aplicou-se o Teste de Kruskal-Wallis. Da sua aplicação conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas da avaliação global da Qualidade de Vida entre os diferentes estados civis ($p=0.431>0.05$). No entanto, pode ver-se pelos resultados apresentados no quadro nº 123, que os casados ou em união de facto, têm uma avaliação global da qualidade de vida superior aos restantes.

Estado Civil		N	Média das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Casado e/ou união de facto	64	51,72
	Solteiro	5	39,30
	Viúvo/a	20	43,73
	Divorciado/a	7	39,29
	Total	96	

Estatística de teste ^{a,b}	
	Avaliação global da qualidade de vida
Qui-Quadrado	2,756
df	3
Asymp. Sig.	,431

a. Teste Kruskal Wallis

b. Categorias de: Estado Civil

Quadro nº 123: Resultados do teste de Kruskal-Wallis

7.6.9. Relação da idade do Cônjuge e a avaliação global da qualidade de vida

Pelo diagrama de dispersão apresentado no gráfico n° 170, pode ver-se que não existe qualquer relação entre a idade do Cônjuge e a avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-*brief*), (o padrão da nuvem de pontos é aleatório).

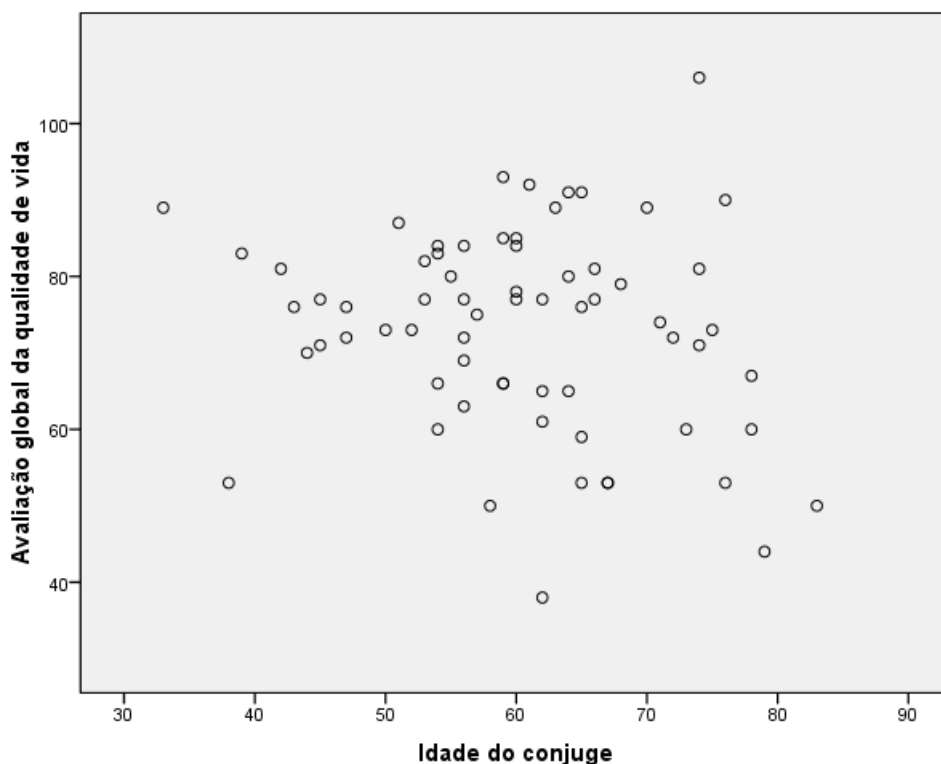


Gráfico n° 170: Diagrama de dispersão para Idade do cônjuge v.s. Avaliação global da qualidade de vida

7.6.10. Influência do Número de filhos na avaliação global da qualidade de vida

Para verificar se existe influência do Número de filhos na avaliação global da Qualidade de Vida (questionário WHOQOL-*brief*), aplicou-se o Teste de Kruskal-Wallis. Da sua aplicação conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas da avaliação global da Qualidade de Vida entre os diferentes grupos de numero de filhos ($p=0.431 > 0.05$). Quadro n° 124.

Teste de Kruskal-Wallis

Número de filhos		N	Média das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	0	13	38,35
	1	32	52,27
	2	34	53,19
	3	8	40,44
	4 ou mais filhos	9	39,22
	Total	96	

Estatística de teste ^{a,b}	
	Avaliação global da qualidade de vida
Qui - quadrado	4,950
df	4
Asymp. Sig.	,292

a. Teste Kruskal Wallis

b. Categorias de: Número de filhos

Quadro n° 124: Resultados do teste de Kruskal-Wallis

7.6.11. Relação entre o Número de anos que vive na localidade e a avaliação global da qualidade de vida.

Pelo diagrama de dispersão apresentado no gráfico n° 171, pode ver-se que não existe qualquer relação entre o Número de anos que vive na localidade e a avaliação global da qualidade de vida (questionário WHOQOL-*breief*), (o padrão da nuvem de pontos é aleatório).

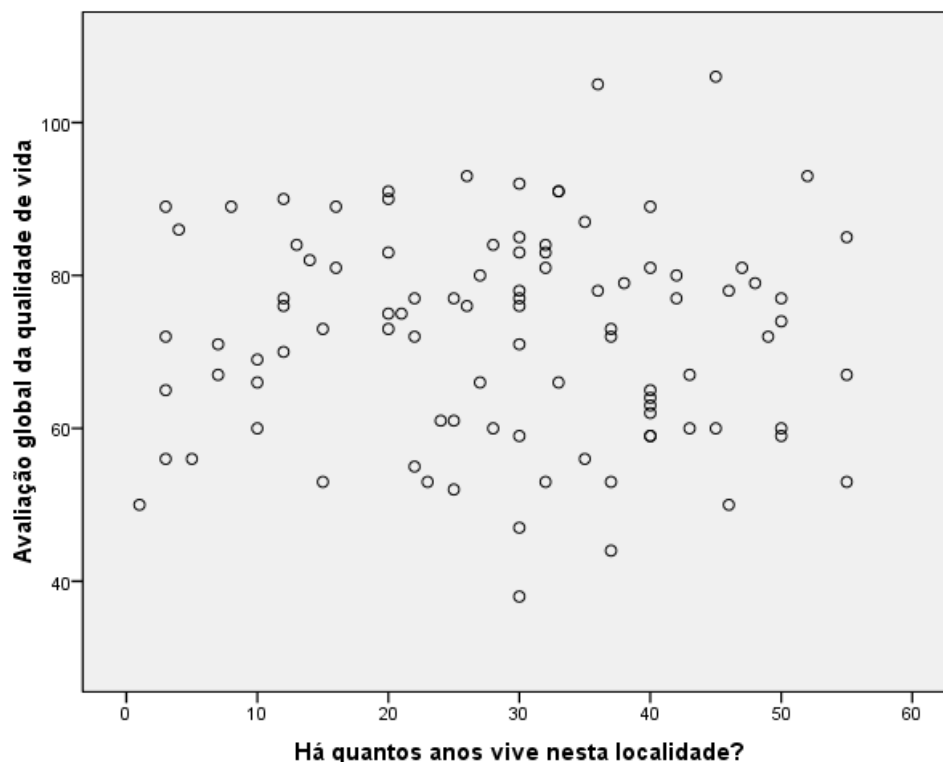


Gráfico nº 171: Diagrama de dispersão para quantos anos vive nesta localidade v.s. Avaliação global da qualidade de vida

7.6.12. Influência da situação profissional actual na avaliação global da qualidade de vida.

Para verificar se existe influência da situação profissional actual na avaliação global da Qualidade de Vida (questionário WHOQOL-*brief*), aplicou-se o Teste de Kruskal-Wallis. Da sua aplicação conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas da avaliação global da Qualidade de Vida entre os diferentes grupos de situação profissional ($p=0.036<0.05$). Das comparações dos grupos dois a dois (pelo teste de Mann-Whitney quadros nº 126 a 129), conclui-se que os indivíduos em que a situação profissional é Activa diferem significativamente dos que no momento estão de baixa ($p=0.006<0.05$), apresentando uma qualidade de vida superior.

Teste de Kruskal-Wallis

	Situação profissional actual	N	Média das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Reformado/pensionista	60	44,20
	Activo	22	56,82
	Baixa	9	31,56
	Total	91	

Estatística de teste ^{a,b}	
	Avaliação global da qualidade de vida
Qui-quadrado	6,668
df	2
Asymp. Sig.	,036

a. Teste Kruskal Wallis

b. Categorias de: Situação profissional actual

Quadro nº 125: Resultados do teste de Kruskal-Wallis

Ordens

	Situação profissional actual	N	Média das ordens	Soma das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Reformado/pensionista	60	38,59	2315,50
	Activo	22	49,43	1087,50
	Total	82		

Estatística de teste ^a	
	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	485,500
Wilcoxon W	2315,500
Z	-1,827
Asymp. Sig. (bilateral)	,068

a. Categorias de: Situação profissional actual

Quadro nº 126: Resultados do teste de Mann-Whitney – Comparação Reformado/pensionista com Activo

Ordens

	Situação profissional actual	N	Média das ordens	Soma das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Reformado/pensionista	60	36,11	2166,50
	Baixa	9	27,61	248,50
	Total	69		

Estatística de teste ^a	
	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	203,500
Wilcoxon W	248,500
Z	-1,186
Asymp. Sig. (bilateral)	,236

a. Categorias de: Situação profissional actual

Quadro nº 127: Resultados do teste de Mann-Whitney – Comparação Reformado/pensionista com Baixa

Ordens

	Situação profissional actual	N	Média das ordens	Soma das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Activo	22	18,89	415,50
	Baixa	9	8,94	80,50
	Total	31		

Estatística de teste ^b	
	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	35,500
Wilcoxon W	80,500
Z	-2,767
Asymp. Sig. (blateral)	,006
Exact Sig. [2*(unilateral Sig.)]	,004 ^a

a. Não é correcto para empates.

b. Categorias de: Situação profissional actual

Quadro nº 128: Resultados do teste de Mann-Whitney – Comparação Activo com Baixa

7.6.13. Influência do rendimento mensal na avaliação global da qualidade de vida.

Para verificar se existe influência do rendimento mensal na avaliação global da Qualidade de Vida (questionário WHOQOL-*brief*), aplicou-se o Teste de Kruskal-Wallis. Da sua aplicação conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas da avaliação global da Qualidade de Vida entre os diferentes grupos do rendimento mensal ($p=0.005<0.05$). Das comparações dos grupos dois a dois (pelo teste de Mann-Whitney quadros nº 130 a 133), conclui-se que os indivíduos em que o rendimento mensal é suficiente para os gastos diferem significativamente daqueles em que não é suficiente ($p=0.002<0.05$), apresentando uma qualidade de vida superior e entre os que afirmam que o rendimento mensal é suficiente dos que afirmam somente às vezes ($p=0.026<0.05$), apresentando uma qualidade de vida superior.

Ordens			
O seu rendimento mensal dá-lhe para os seus gastos?		N	Média das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Sim	26	61,17
	Não	22	35,32
	Às vezes	47	46,65
	Total	95	
Estatística de teste^{a,b}			
		Avaliação global da qualidade de vida	
Qui-quadrado		10,717	
df		2	
Asymp. Sig.		,005	

a. Kruskal Wallis Test

b. Categorias de: O seu rendimento mensal dá-lhe para os seus gastos?

Quadro nº 129: Resultados do teste de Kruskal-Wallis

Ordens

	O seu rendimento mensal dá-lhe para os seus gastos?	N	Média das ordens	Soma das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Sim	26	30,27	787,00
	Não	22	17,68	389,00
	Total	48		

Estatística de teste ^a	
	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	136,000
Wilcoxon W	389,000
Z	-3,105
Asymp. Sig. (bilateral)	,002

a. Categorias de: O seu rendimento mensal dá-lhe para os seus gastos?

Quadro nº 130: Resultados do teste de Mann-Whitney – Comparação Sim com Não

Ordens

	O seu rendimento mensal dá-lhe para os seus gastos?	N	Média das ordens	Soma das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Sim	26	44,40	1154,50
	Às vezes	47	32,90	1546,50
	Total	73		

Estatística de teste ^a	
	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	418,500
Wilcoxon W	1546,500
Z	-2,219
Asymp. Sig. (bilateral)	,026

a. Categorias de: O seu rendimento mensal dá-lhe para os seus gastos?

Quadro nº 131: Resultados do teste de Mann-Whitney – Comparação Sim com Às vezes

Ordens

	O seu rendimento mensal dá-lhe para os seus gastos?	N	Média das ordens	Soma das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Não	22	29,14	641,00
	Às vezes	47	37,74	1774,00
	Total	69		

Estatística de teste ^a	
	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	388,000
Wilcoxon W	641,000
Z	-1,662
Asymp. Sig. (2-tailed)	,096

a. Categorias de: O seu rendimento mensal dá-lhe para os seus gastos?

Quadro nº 132: Resultados do teste de Mann-Whitney – Comparação Não com Às vezes

7.6.14. Diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre a internalidade e externalidade (quadros nº 133 a 139)

AB1: Da aplicação do teste de Mann-Whitny, conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas da qualidade de vida entre os indivíduos que apresentam internalidade dos que apresentam externalidade ($p=0.000<0.05$), apresentando os indivíduos internos maior qualidade de vida.

Ordens

AB1		N	Média das ordens	Soma das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Muitas coisas ruins que ocorrem na vida das pessoas são parcialmente devidas ao azar.	54	37,08	2002,50
	Os infortúnios são resultado dos erros que as pessoas cometem.	42	63,18	2653,50
	Total	96		

Estatística de teste ^a	
	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	517,500
Wilcoxon W	2002,500
Z	-4,556
Asymp. Sig. (bilateral)	,000

a. Categorias de: AB1

Quadro nº 133: Resultados do teste de Mann-Whitney – AB1: Comparação Internalidade com Externalidade

AB2: Da aplicação do teste de Mann-Whitny, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas da qualidade de vida entre os indivíduos que apresentam internalidade dos que apresentam externalidade ($p=0.772>0.05$).

Ordens

AB2		N	Média das ordens	Soma das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Frequentemente percebo que o que tiver de ser, será	56	47,80	2677,00
	Acreditar em destino nunca resolveu para mim tão bem quanto tomar uma decisão para um curso de acção definido.	40	49,48	1979,00
	Total	96		

Estatística de teste ^a	
	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	1081,000
Wilcoxon W	2677,000
Z	-,290
Asymp. Sig. (bilateral)	,772

a. Categorias de: AB2

Quadro nº 134: Resultados do teste de Mann-Whitney – AB2: Comparação Internalidade com Externalidade

AB3: Da aplicação do teste de Mann-Whitny, conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas da qualidade de vida entre os indivíduos que apresentam internalidade dos que apresentam externalidade ($p=0.04 < 0.05$), apresentando os indivíduos internos maior qualidade de vida.

Ordens

AB3		N	Média das ordens	Soma das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Quando eu faço planos, quase sempre tenho a certeza de que posso executá-los.	28	57,59	1612,50
	Nem sempre se pode levar os planos adiante porque muitas coisas que acontecem são imprevisíveis.	68	44,76	3043,50
	Total	96		

Estatística de teste ^a	
	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	697,500
Wilcoxon W	3043,500
Z	-2,053
Asymp. Sig. (2-tailed)	,040

a. Categorias de: AB3

Quadro nº 135: Resultados do teste de Mann-Whitney – AB3: Comparação Internalidade com Externalidade

AB4: Da aplicação do teste de Mann-Whitny, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas da qualidade de vida entre os indivíduos que apresentam internalidade dos que apresentam externalidade ($p=0.051 > 0.05$).

Ordens				
	AB4	N	Média das ordens	Soma das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	O que me acontece depende de mim.	21	58,98	1238,50
	Muitas vezes sinto que não estou controlando o rumo que as coisas estão tomando na minha vida.	75	45,57	3417,50
	Total	96		

Test Statistics ^a	
	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	567,500
Wilcoxon W	3417,500
Z	-1,951
Asymp. Sig. (2-tailed)	,051

a. Categorias de: AB4

Quadro nº 136: Resultados do teste de Mann-Whitney – AB4: Comparação Internalidade com Externalidade

AB5: Da aplicação do teste de Mann-Whitny, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas da qualidade de vida entre os indivíduos que apresentam internalidade dos que apresentam externalidade ($p=0.354>0.05$).

Ordens

AB5		N	Média das ordens	Soma das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Para mim, obter o que quero tem pouco ou nada a ver com sorte.	52	50,92	2648,00
	Muitas vezes, podemos tomar uma decisão no "cara ou coroa".	44	45,64	2008,00
	Total	96		

Estatística de teste ^a	
	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	1018,000
Wilcoxon W	2008,000
Z	-,927
Asymp. Sig. (Bilateral)	,354

a. Categorias de: AB5

Quadro nº 137: Resultados do teste de Mann-Whitney – AB5: Comparação Internalidade com Externalidade

7.6.15. Diferenças da avaliação global da qualidade de vida entre a prática (ou não) de religião

Da aplicação do teste de Mann-Whitney, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas da qualidade de vida entre os indivíduos que praticam a sua religião dos que não praticam ($p=0.393>0.05$).

Ordens

	Pratica?	N	Média das ordens	Soma das ordens
Avaliação global da qualidade de vida	Sim	23	25,83	594,00
	Não	32	29,56	946,00
	Total	55		

Estatística de teste ^a	
	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	318,000
Wilcoxon W	594,000
Z	-,854
Asymp. Sig. (2-tailed)	,393

a. Categorias de: Pratica?

Quadro n° 138: Resultados do teste de Mann-Whitney – Comparação entre pratica e não pratica a sua religião

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

A presente dissertação teve como objectivo a realização de um estudo exploratório no concelho de Odivelas, sobre os factores de risco da Doença coronária, a influência das vivências e estilos de vida no aparecimento destes factores de risco e da doença coronária e a qualidade de vida dos indivíduos que possuem alguns destes problemas.

A relevância dos estudos epidemiológicos sobre a doença coronária e seus factores de risco está bem definida pela dimensão do problema e pelo programa da Direcção Geral de Saúde, na prevenção e controle desta afecção.

Como não existem registos que permitam estudar a incidência e sobrevivência das D.C. e a sua prevalência a nível regional, os indicadores utilizados foram os estimados noutras populações e com base nas orientações da DGS (2006), admitindo-se serem idênticos em termos de risco cardiovascular, sobretudo relativamente à doença cardíaca isquémica .

Através do levantamento de dados da origem e perfil actual da população de Odivelas, pela análise de documentos existentes em diversas fontes concelhias e *on line*, pela revisão bibliográfica da literatura da doença coronária, pela aplicação de questionários baseados na problemática dos factores de risco da doença coronária e qualidade de vida e pela análise dos dados obtidos é-nos permitido retirar as seguintes conclusões:

Em primeiro lugar, pensamos ter dado resposta aos nossos objectivos, obtendo dados de interesse para a amostra em estudo. Atendendo ao tipo de estudo que nos propusemos realizar, um estudo exploratório no sentido de contribuir para uma melhor caracterização da população com factores de risco ou com doença coronária e sua qualidade de vida, parece-nos importante também referir que os nossos dados não nos permitem extrapolar conclusões para uma população em geral, possibilitando no entanto de formular novas questões que poderão conduzir a estudos futuros e uma ajuda preciosa no delinear de programas de intervenção local dirigidos à população em estudo.

No nosso estudo, verificamos que a esmagadora maioria dos factores de risco descritos, clássicos e psicossociais se encontram presentes na amostra estudada, o que leva a credibilizar cientificamente os resultados deste estudo exploratório.

No que diz respeito aos resultados obtidos em relação ao Questionário de Avaliação de factores de risco da doença coronária, quanto aos itens clínicos - fichas clínicas e itens clínicos percebidos (Obesidade, hipertensão, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e antecedentes familiares), a grande maioria apresenta-os no seu diagnóstico, verificando-se que a hereditariedade se encontra em menor percentagem (8%) nos itens clínicos versus itens clínicos percebidos pelos utentes, o que poderá estar relacionado com a omissão dos indivíduos no acto da consulta médica ou por o médico na altura da consulta não ter considerado relevante para a terapêutica a prescrever e seu tratamento. Estes dados vêm reforçar estudos anteriores efectuados relativamente aos factores de risco da doença coronária, relacionados com a hereditariedade em virtude de 65% dos indivíduos desta amostra, referirem ter antecedentes familiares. Em relação aos antecedentes familiares enquanto item clínico percebido pelo doente, considerado factor de risco inalterável, esta amostra, vem de acordo com (Vivacqua e Hespanha, 1992), que referem verificar-se um maior numero de casos de doenças coronárias, em famílias com história rica em hipertensão arterial e doença coronária.

Dado este factor ser inalterável é importante que as pessoas que o apresentam estabeleçam precocemente aspectos preventivos nas suas vidas e façam um controle mais apertado dos restantes factores de risco.

Em relação à obesidade, verificou-se existir nesta amostra referência clínica em 36% dos inquiridos e em ter mais peso para a sua altura, obesidade percebida 56%, aqui deve-se referir que a obesidade não é percebida pelo utente no sentido lato do termo, por índice de massa corporal maior que trinta (muitos referem estar gordos quando possuem mais uns quilos do que é normal pesarem).

È notório nesta pesquisa, que é preocupante o numero de obesos existentes, 36 em 100, o que está de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2005), que considera esta doença como a epidemia global do século XXI. De acordo com Silva (1991) e pela revisão da literatura sabe-se que a sua presença associada a outros factores de risco se transforma num vector de extrema importância para a DC. Não obstante, já no estudo de Framingham, verificou-se que pessoas com excesso de peso, apresentavam uma taxa de mortalidade, relacionada com a doença coronária, duas

vezes maior, comparada com pessoas de peso normal (Vivacqua e Hespanha, 1992, Rodrigues, 2001a).

Quanto à hipertensão, considerada um dos principais indicadores de risco de doença coronária (OMS, 2005), foi constatada a sua existência em 82% da nossa amostra no diagnóstico clínico e em 83% no diagnóstico clínico percebido (esta diferença percentual associa-se à ideia que muitos utentes possuem, que uma medição isolada alta é já hipertensão, identificando-se como hipertensos). Também a hipertensão associada a outros factores de risco se transforma numa das mais poderosas etiologias da doença coronária, (Kannel, 1986; Pollock e Wilmore, 1990; Silva, 1991; Gaziano et al, 2003). A importância desta associação foi também bem definida nos achados do estudo de *Framingham e no Multiple Risk factor Intervention Trial – MR FIT* (1997).

Também Macmahon numa meta análise de nove estudos prospectivos, com 420 000 indivíduos seguidos num período de dez anos, concluiu que os indivíduos com uma pressão arterial mais elevada, possuem um maior risco de doença coronária (Gaziano et al, 2003).

Na revisão bibliográfica, segundo a DGS (2006), como a hipertensão a maioria das vezes é silenciosa, o atraso de diagnóstico leva muitas vezes à demora do início do tratamento, permitindo que frequentemente, o primeiro sinal da sua presença seja já uma lesão grave de um órgão nobre.

Relativamente à diabetes mellitus, Fein, (1990) no seu estudo afirma que esta doença é considerada factor de risco maior para a doença cardiovascular independente, mesmo após ajustada para idades mais avançadas, hipertensão arterial sistémica e tabagismo. Como complicações de maior grandeza são apontadas a doença cardiovascular, a nefropatia, a neuropatia, a amputação e a retinopatia.

Também Ridker et al (2003), referem que 75% de todas as mortes entre as pessoas diabéticas resultam da doença coronária.

Na população inquirida verificou-se que a grande maioria dos indivíduos eram diabéticos tipo II, a fazer terapêutica antidiabética oral, sendo 87,7%, utentes referenciados pelos seus médicos de família, dentro dos quais existiram 3 indivíduos que negaram a patologia e 5 que disseram ignorar o diagnóstico. Estas situações muitas vezes devem-se ao estágio da doença e convicções dos utentes, necessitando estes aspectos de ser trabalhados pelos profissionais de saúde.

A prevalência da diabetes nesta amostra está de acordo com os dados do inquérito do Sistema Nacional de Saúde nas amostras de 1999 e de 2006. Está também reforçada a convicção da crescente prevalência da diabetes em Portugal estimada para 2025 em cerca de 9,8%.

Em relação à hipercolesterolemia, os itens clínicos apresentam um valor de 69%, em relação aos itens clínicos percebidos de 54%. Os itens clínicos são ligeiramente superiores, o que poderá estar relacionado a valores muitas vezes “*bordline*” entre a prescrição ou não de terapêutica pelo médico, atendendo que algumas vezes estes podem ser normalizados só pela alimentação e exercício físico, contra os 54% que faz terapêutica oral.

Numa meta análise de trinta e oito grandes ensaios clínicos na prevenção primária e secundária, encontrou-se para cada 10% de redução dos níveis de colesterol, a mortalidade reduziu 13%, o risco de mortalidade total 11% e uma vasta comprovação como factores de risco da doença cardiovascular foi observada nos grandes ensaios *West of Scotland coronary Atherosclerosis Preventive Study – AFCAPS/TexCAPS* (1998).

Gaziano e tal (2003), referem que um aumento de 10% de colesterol sérico, está relacionado com uma subida de 20 a 30% do risco de doença coronária.

Em Portugal os estudos mais representativos da realidade portuguesa são o da Becel em 2001 e Alto Mar (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2001). No primeiro estudo referido, não encontraram diferenças entre os sexos em níveis de colesterol e o valor médio encontrado foi de 210mg/dl. No segundo estudo os valores encontrados foram em concentrações iguais ou superiores a 250mg/dl. O nosso estudo vem corroborar com os estudos anteriores, devido às elevadas percentagens encontradas.

No que diz respeito aos itens comportamentais, a grande maioria dos inquiridos revelou percentagens elevadas de comportamentos inadequados e conducentes ao desenvolvimento de doença coronária, não só em itens individuais como também em associação com outros itens.

Quanto ao tabaco, de estudos realizados como exemplo o da Coreia com 106.745 homens, o fumo foi um factor de risco maior e livre para a doença coronária. Sabe-se que o cigarro duplica o risco de doença coronária e 30% delas são atribuídas ao número de cigarros fumados (Law, 1979). Na amostra estudada, verificou-se que a maioria das pessoas referiu nunca ter fumado (54%) contra 46% que se distribuíram pelos restantes itens (algumas vezes, regularmente, frequentemente e sempre), podendo considerar-se que os valores obtidos relacionados com a doença coronária estão de acordo com a literatura e constituem um grandioso factor de risco.

Segundo o economista Miguel Gouveia (2008), o tabaco provocou cerca de 12.600 mortes em Portugal em 2005, exigindo ainda uma maior reflexão quando as incapacidades não resultam em morte mas em incapacidade como é o caso da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Além das

incapacidades pessoais e das limitações sociais que provoca a nível do Sistema Nacional de saúde tem um acréscimo de despesas muito elevado, estimando-se estas em 126 milhões de euros de despesa com internamentos hospitalares e mais de 364 milhões de custos em ambulatório, onde se incluem despesas com medicamentos, consultas e meios complementares de diagnóstico, num total de 490 milhões.

Os problemas de saúde gerados pelo tabaco são mais discretos e silenciosos e demoram mais tempo a manifestar-se, pelo que geram um menor impacto junto da sociedade, que apesar de hoje em dia estar a ser mais combatido o consumo, ainda se atribui algumas cognições dos anos sessenta como o status e a moda e grupos de pertença.

Em relação aos níveis de ansiedade Estado, confirmou-se a existência de baixos níveis de ansiedade Estado.

Quanto a estes resultados podemos referir que os indivíduos sujeitos a intervenção cirúrgica de revascularização, referem ter conseguido adoptar estilos de vida mais saudáveis, nomeadamente em relação ao fumo, alimentação e exercício físico bem como, são estes que frequentam mais os programas de saúde a nível dos cuidados de saúde primários. Reflectem também capacitação a nível das suas decisões e cumprimento da terapêutica.

Em relação à ansiedade Traço, apresentada pelos inquiridos, após o cálculo da média dos utentes, $46,06 \pm 3,733$, considera-se a existência de uma ansiedade traço moderada.

Segundo os estudos realizados altos níveis de ansiedade têm sido relacionados com o desenvolvimento da doença coronária.

O conceito de "doenças de adaptação" de Selye enfatizou o papel do sistema hipófise-suprarenal na sua reacção ao stress como sendo responsável por várias doenças. O perfil específico de personalidade de Dunbar (1943), ("carácter hipertensivo", "personalidade ulcerosa") exprime correlações estatísticas entre doenças e tipos de personalidade, por exemplo: trombose das coronárias e tipos competitivos, auto confiantes e agressivos.

A ansiedade, nas suas formas patológicas, muito embora tenha uma identidade psicoemocional, tem também manifestações físicas que quase sempre se repercutem sobre o sistema cardiocirculatório, existindo também um contundente significado simbólico sobre o coração, culturalmente super valorizado.

Num estudo efectuado por Figueiredo et al. (1980) sobre ansiedade e regiões do corpo, o coração é mencionado entre os primeiros órgãos a serem referenciados pelos indivíduos quando lhes é

pedido para estabelecer uma lista enumerativa dos órgãos corporais ou áreas do corpo humano que mais temeriam estar doentes ou ser operados.

Quanto às diferenças encontradas entre a ansiedade estado e a ansiedade traço, concluímos que a ansiedade traço é significativamente mais elevada do que a ansiedade Estado, o que corrobora com alguns estudos efectuados nesta área.

Em relação, ao locus de controlo apresentado, observamos que na generalidade os indivíduos apresentam um locus de controlo externo ou seja, são indivíduos que identificam os acontecimentos como contingentes externos a si próprios, sentindo-se assim, sem controlo sobre os acontecimentos. (Frasquilho, 1994), refere que os indivíduos com um tipo de locus de controlo externo se encontram mais susceptíveis à doença coronária.

Os indivíduos do nosso estudo apresentam um locus de controlo externo. Esta situação leva-nos a reflectir sobre as intervenções a delinear em termos de educação para a saúde, em virtude de os estudos apontarem para a maior dificuldade em trabalhar com indivíduos com locus de controlo externo em virtude de tenderem sempre a atribuir um factor externo responsável pelo o que lhes aconteceu. Como atribuem a responsabilidade pelo que lhes acontece a factores externos, também acreditam que a solução de seus problemas esteja fora de si, ou seja, dependem dos outros para que as situações sejam transformadas, ficam impotentes perante os problemas.

Relativamente à depressão, neste estudo, comparando os indivíduos com factores de risco para a doença coronária e os indivíduos com doença coronária (com cirurgia e enfarte) concluiu-se não existirem diferenças significativas entre os dois grupos, podendo-se concluir que mesmo os indivíduos que estiveram expostos a cirurgia e internamento conseguiram desenvolver mecanismos de defesa e lutar contra a depressão; considerando alguns cardiologistas, que a ansiedade e a depressão são as reacções emocionais mais frequentes em cirurgia, sobretudo em adultos com idade superior a 45 anos, e que a ansiedade aos sintomas e sobre a integridade corporal, é marcadamente superior em cirurgia, pode-se inferir que a nível da saúde muitos progressos têm sido efectuados no encaminhamento dos pacientes com estas patologias.

Apesar das evidências de que a depressão influencia a doença coronária, os pesquisadores não sabem ao certo como acontece. As pessoas depressivas tendem a ter frequência cardíaca mais alta em repouso, e os seus corações tendem a responder menos às mudanças na necessidade de

oxigénio ou fluxo sanguíneo do corpo, o que aumenta o risco de morte súbita. Além disso, os indivíduos são mais propensos a certos comportamentos, como fumar, não praticar exercício físico, comer mal ou não tomar os medicamentos para os problemas cardíacos existentes. Evidências sugerem que a depressão pode afectar o sistema imunológico, causando inflamação. Todos esses factores podem ter um papel importante no risco de doença cardíaca, no entanto, nenhum deles é comprovado. Hoje em dia, preconiza-se a avaliação e a detecção de sintomas depressivos no protocolo de acompanhamento de doentes com patologia crónica.

Relativamente à angina de peito a investigação aponta para que a angina de peito ocorre mais frequentemente, em indivíduos com menor estabilidade profissional e menor nível educacional, em comparação com os outros indivíduos com doença coronária, mas que não apresentam angina de peito. Os dados obtidos neste estudo estão de acordo com as investigações efectuadas, uma vez que 43% da nossa amostra tem angina de peito, a maioria tem a 4^a classe, ou 3^a classe (escolaridade baixa) e tiveram ou têm instabilidade a nível do emprego.

Em relação ao stress no trabalho e doença coronária, os dados sobre o efeito do stress no trabalho e o risco de doença coronária ainda são pouco conclusivos. Os estudos Whitehall, que acompanharam funcionários do serviço público britânico durante muitos anos, descobriram que a pressão no trabalho - ou a combinação de um cargo de muita responsabilidade com a falta de liberdade para tomar decisões, assim como o desequilíbrio entre o excesso de esforço e a falta de reconhecimento - aumentava o risco de doença cardíaca.

No presente estudo a maioria dos indivíduos refere estar frequentemente sujeitos a situações de stress, tanto no trabalho como em casa.

Em relação á primeira questão formulada entre a hereditariedade percebida e a avaliação global da qualidade de vida, verificou-se que os indivíduos que têm antecedentes familiares em média têm menores valores de qualidade de vida.

Constatou-se também que os indivíduos que dizem não saber se têm ou não diabetes mellitus apresentam na altura menores valores de qualidade de vida.

Quanto ao peso, verificou-se que quem afirma não saber se tem mais peso do que o normal para a sua altura, apresenta em média uma qualidade de vida ligeiramente mais baixa dos que têm ou não têm.

Relativamente à hipercolesterolemia, os inquiridos que afirmaram não saber do seu estado, apresentam em média valores menores de qualidade de vida.

Em relação à hipertensão percebida concluiu-se que quem afirma não ter hipertensão apresenta em média uma qualidade de vida ligeiramente mais elevada do que os restantes indivíduos da amostra.

Na avaliação da influência do estado emocional stress, na avaliação global da qualidade de vida, os indivíduos que têm um estado emocional – stress positivo, apresentam em média valores de qualidade de vida superiores.

Na influência do estado emocional – emotividade, na avaliação global da qualidade de vida, verificou-se valores de qualidade de vida superiores nos indivíduos que têm um estado emocional – Emotividade positivo.

Na influência da satisfação pessoal, na avaliação global da qualidade de vida, verificou-se que os que têm uma satisfação pessoal positiva, apresentam em média valores de qualidade de vida superiores.

Quanto à influência actividade, na avaliação global da qualidade de vida, concluiu-se que os inquiridos com uma avaliação global da actividade negativa, apresentam valores de qualidade de vida ligeiramente superiores.

Na realização profissional, na avaliação global da qualidade de vida, verificou-se que os indivíduos que têm uma realização profissional negativa, apresentam em media valores de qualidade de vida superiores.

Quanto à mobilidade, na avaliação global da qualidade de vida, verificou-se que os que têm uma mobilidade positiva, apresentam em média valores de qualidade de vida superiores.

Em relação às mulheres quanto ao uso de métodos contraceptivos, na avaliação global da qualidade de vida, conclui-se não existir diferenças significativas.

Na influência da tomada de decisão, na avaliação global da qualidade de vida, verificou-se que os indivíduos que têm menor qualidade de vida são os que têm mais dificuldades em tomar decisões.

Quanto aos hábitos de consumo, na avaliação global da qualidade de vida, concluiu-se que os inquiridos que têm hábitos de consumo positivos, apresentam em média valores de qualidade de vida superiores.

Em relação à ansiedade estado, na avaliação global da qualidade de vida, verificou-se que os indivíduos que têm valores de ansiedade estado mais elevados, apresentam em média valores inferiores de qualidade de vida.

Quanto à ansiedade traço, na avaliação global da qualidade de vida, concluiu-se que os inquiridos que apresentam uma ansiedade traço mais elevada, apresentam valores de qualidade de vida ligeiramente inferiores.

Na influência da depressão, na avaliação global da qualidade de vida, verificou-se existirem diferenças significativas entre os indivíduos severamente deprimidos, os que têm depressão leve ou moderada e os que não têm depressão, em relação à qualidade de vida aumentando esta à medida que os indivíduos se situam no não terem depressão.

Na influência da doença coronária (presença ou ausência) na Qualidade de vida, verificou-se que a doença coronária influencia a percepção da qualidade de vida, apresentando esta valores inferiores. Estes resultados encontram-se de acordo com André (2006), que também encontrou diferenças significativas no seu estudo.

Em relação aos níveis de ansiedade (Estado e Traço) e o ter ou não ter doença coronária, verificou-se que os indivíduos apresentam níveis de ansiedade idênticos, muito pouco acima da média.

Em relação à depressão e o ter ou não doença coronária, concluiu-se que com ou sem doença coronária os níveis de depressão são baixos.

Relativamente à idade e à qualidade de vida verificou-se não existir relação significativa.

Quanto ao género também não foi observada nenhuma associação com a qualidade de vida.

Relativamente à influência do Estado Civil na avaliação global da qualidade de vida, verificou-se que os casados ou em união de facto, têm uma avaliação global da qualidade de vida superior aos restantes. Isto pode ser justificado pelo companheirismo e diminuição do isolamento que referiram em situação de entrevista.

No que diz respeito à relação da idade do Conjuge e a avaliação global da qualidade de vida, verificou-se não existir qualquer relação entre a idade do Cónjuge e a avaliação global da qualidade de vida, o que está relacionado com a com a avaliação da questão anterior.

Quanto à influência do número de filhos na avaliação global da qualidade de vida, na amostra estudada conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas da avaliação global da Qualidade de Vida entre os diferentes grupos de numero de filhos ($p=0.431>0.05$).

Em relação entre o número de anos que vive na localidade e a avaliação global da qualidade de vida, verificou-se que não existe qualquer relação entre o número de anos que vive na localidade e a avaliação global da qualidade de vida. Isto está de acordo com a fraca rede de vizinhança e o deficitário cooperativismo existente entre os indivíduos que habitam na mesma zona geográfica, apesar de esta ainda ser caracterizada por ser uma zona rural, principalmente algumas freguesias.

No que diz respeito à influência da situação profissional actual na avaliação global da qualidade de vida, concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas da avaliação global da Qualidade de Vida entre os diferentes grupos de situação profissional ($p=0.036<0.05$). Das comparações dos grupos dois a dois, concluiu-se que os indivíduos em que a situação profissional é activa diferem significativamente dos que no momento estão de baixa ($p=0.006<0.05$), apresentando uma qualidade de vida superior.

Quanto à influência do rendimento mensal na avaliação global da qualidade de vida, concluiu-se que os indivíduos em que o rendimento mensal é suficiente para os gastos diferem

significativamente daqueles em que não é suficiente ($p=0.002<0.05$), apresentando uma qualidade de vida superior e entre os que afirmam que o rendimento mensal é suficiente dos que afirmam somente às vezes ($p=0.026<0.05$), apresentando uma qualidade de vida superior.

Em relação à avaliação global da qualidade de vida entre a internalidade e externalidade, verificou-se que em 2 grupos de afirmativas, existem diferenças significativas entre a internalidade e a externalidade, apresentando os indivíduos com maior internalidade níveis superiores de qualidade de vida.

Relativamente à avaliação global da qualidade de vida entre a prática (ou não) de religião, verificou-se não existirem diferenças significativas da qualidade de vida entre os indivíduos que praticam a sua religião dos que não praticam. Apesar da religião e a espiritualidade ser considerada como um suporte da saúde psicológica e nesta amostra, 91% dos inquiridos dizer-se católico, só 24% afirma praticar, versus 33% que diz que não pratica, o que vem de encontro ao cruzamento de dados obtidos.

Relativamente às conclusões gerais, este estudo poderá servir de “leme” para o planeamento de actividades a desenvolver pelos profissionais de saúde, a nível individual, familiar, social e em articulação intersectorial na prevenção, manutenção e reabilitação, bem como, no alcance da melhor qualidade de vida, desta população em programas multidisciplinares.

Atendendo a que a doença coronária (DC), com o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e directas, para o indivíduo, para a sociedade e para o sistema de saúde, torna mandatário que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, para o qual é necessário esforços multidisciplinares. Assim sendo, a abordagem destas doenças justifica uma actuação planeada e organizada de todo o sistema de saúde, comunidades e parcerias que tente não apenas evitar estas doenças e reduzir as incapacidades por elas causadas como prolongar a vida dos indivíduos, atendendo à sua qualidade. Aí surge a necessidade de um conhecimento profundo da comunidade, seus hábitos de vida diária, seus valores e crenças, bem como a acessibilidade aos sistemas de saúde, integrando uma comunicação activa e eficaz numa dimensão multicultural.

Numa perspectiva de prevenção primária e pedagógica, cabe pois, grande parte da responsabilidade aos enfermeiros, na sua abordagem holística, a detecção e prevenção desta afecção, contribuindo assim para o aumento dos índices da qualidade de vida.

No trabalho a desenvolver com estes indivíduos, é fundamental estar atento a todas as forças (positivas ou negativas) em presença e à sua relação com os sistemas que rodeiam os utentes. É importante fomentar o desenvolvimento de capacidades a nível cognitivo, organizacional e relacional. O profissional deve estabelecer canais de comunicação, tentando dinamizar fluxos de relação para que os indivíduos possam participar nos serviços e na concepção dos programas que a eles dizem respeito.

A implementação de sistemas de controle para a saúde, nomeadamente a prevenção do tabagismo passivo e o apoio aos fumadores no sentido de deixarem de fumar, bem como, a promoção da actividade física nos locais de trabalho e na comunidade com acessos privilegiados constituí uma meta que ao ser alcançada melhorará a saúde da população trabalhadora e no geral Também, com a mobilização sistemática da sociedade em geral, para a promoção da saúde cardiovascular, dando particular importância a hábitos de vida saudáveis, à prática de uma vida mais activa e à vigilância da saúde, os índices epidemiológicos tenderão a diminuir.

No que diz respeito à prevenção secundária e terciária, pensamos que a existência de programas de reabilitação cardíaca, conduzirão os indivíduos, a recuperar e manter um óptimo nível fisiológico, psicológico, social, emocional e vocacional. Estes deverão ser iniciados no hospital e ter continuidade na comunidade (continuidade de cuidados), através dos centros de saúde ou outros, com promoção da visitação domiciliária, enfatizando o processo de mudança contínua, pelo princípio da sucessão.

A qualidade de vida de cada indivíduo, considerando a saúde como um factor essencial, deve constituir a primeira meta social, sendo da responsabilidade das próprias Instituições e parceiros a contribuição para a reinserção social a mais adaptada possível a cada indivíduo.

No trabalho a desenvolver em indivíduos com factores de risco conducentes à patologia coronária, considera-se a capacitação fundamental, no encaminhamento e restabelecimento das suas vidas.

Outro aspecto importante, é a comunicação educativa, de todos os profissionais visando, ajudar a obter o conhecimento da situação, como e o que deve ser feito, no sentido de atingir o melhor para a qualidade de vida.

O treino de competências para lidar com algumas situações, exige que seja estudado e implementado na realidade dos cuidados de saúde primários, através de um plano integrado de saúde, ou seja, que implique a participação de diferentes Ministérios e Organizações de forma a serem planificadas coordenadamente acções integrando-as num Plano. Essa proposta deveria ter em conta a análise multisectorial e integrada da Comunidade e ser feita a partir dessa Comunidade, com o envolvimento e participação das Autarquias, Múncipes, outras redes existentes, Utentes e Profissionais de Saúde.

A articulação de serviços hospitalares com programas de intervenção comunitária, constituirão um forte apoio para todos os indivíduos no seu “continuum de vida”. A promoção de melhores práticas profissionais, na abordagem da doença isquémica cardíaca, com o estabelecimento do programa de intervenção, no desenvolvimento da “ Via Verde Coronária”. Para a fase pré hospitalar do enfarte do miocárdio (com recurso a ambulâncias medicalizadas de diagnóstico e tratamento avançado), para que o tempo que decorre entre o início dos sintomas e o início da terapêutica seja o mais curto possível, assim como, no sistema hospitalar, se adoptem cuidados urgentes para a dor pré-cordial, com acesso rápido ao diagnóstico, terapêutica ou intervenção cirúrgica, diminuirão os efeitos maléficos e por vezes irreversíveis no músculo cardíaco, bem como, os índices de elevada ansiedade, já com resultados visíveis, mas ainda inferiores aos valores preconizados.

Resta-nos dizer, que apesar de existirem alguns estudos em Portugal sobre a doença coronária, existe a necessidade de investir nesta área, tentando abranger um vasto leque de indicadores que necessariamente tem de ser cruzados com as características sócio culturais e ambientais da região em estudo.

Atendendo aos rácios existentes, verifica-se que a percentagem de frequência de indivíduos com esta patologia está a aumentar, devendo pois esta problemática ser abordada, com especial cuidado, pelas suas consequências a nível pessoal, familiar e social.

Cabe assim, aos promotores de saúde, esclarecer a população da forma como cada indivíduo pode escolher, adaptar e assumir as opções mais saudáveis e desejáveis dentro do seu próprio estilo de vida, estando implícito a prevenção e controle dos factores de risco e a promoção da saúde global. Numa expressão mais pura de prevenção primária, abrangente e integrada, multidisciplinar e multisectorial, a prevenção das doenças cardiovasculares deve ser antecedida por uma mobilização geral da sociedade, por uma luta pela promoção e preservação da saúde. Poderá ser realizada através de uma sensibilização permanente para a adopção de estilos de vida mais saudáveis e para a prevenção primária dos factores, atitudes e comportamentos cardiovasculares, com a aplicação de uma estratégia populacional e regional de forma a preservar a saúde, reduzindo a incidência não apenas das doenças cardiovasculares como de muitas outras doenças crónicas.

A estratégia com as populações, compreende um conjunto de medidas destinadas à população em geral, ou a grupos sociais específicos, tendo como objectivo diminuir a prevalência de determinados factores de risco e aumentar a prevalência de factores de protecção. De facto, deverá ter-se presente que grande parte dos hábitos nocivos para a saúde são adquiridos logo que um ser humano nasce, principalmente na adolescência e início da idade adulta. Doutra forma, quer as cidades, a nível regional, quer os locais a nível laboral deverão ser considerados como espaços privilegiados de sensibilização para a adopção de estilos de vida saudáveis e para a redução de comportamentos de risco. Os media são também fontes de eleição, na transmissão em parceria de programas relacionados com este tema.

O desafio que se coloca aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros é de desenvolver/adequar a capacidade individual e os recursos que os rodeiam num esforço conjunto, para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos com factores de risco da doença coronária ou doença coronária.

Para promover a mudança de comportamentos é necessário trabalhar intensamente com os indivíduos, famílias e comunidades implicadas, em parceria, alargando o suporte, para a alteração de comportamentos. Esse trabalho deve ser iniciado desde a concepção do ser humano, passando pelo aleitamento materno e estendendo-se durante toda a vida com intervenção a nível dos berçários, Jardins-de-infância, escolas e comunidade na promoção da saúde.

O trabalhar em equipas pluridisciplinares visa abraçar esta problemática o mais globalmente possível, podendo-se traduzir em reforços positivos, através da:

Utilização de saberes técnicos; competências relacionais, nas suas dimensões, do saber: saber fazer, saber ser; e criatividade;

Na aceitação de desafios que ajudarão ao desenvolvimento profissional e pessoal;

No envolvimento na problemática, das políticas sociais e locais;

Na promoção de uma melhor qualidade de vida, envolvendo o indivíduo, família e sociedade;

No fazer investigação, aumentando a consideração e estima pela classe profissional dos enfermeiros, dando maior visibilidade ao seu trabalho.

A família é um grupo essencial na nossa sociedade que desempenha funções de reprodução, educação de filhos e dádiva e mantimento de uma estabilidade emocional, para a estabilização da personalidade adulta.

Atendendo às novas políticas de saúde e á criação do enfermeiro de família à semelhança do médico de família, ficam as duas classes profissionais posicionadas de forma privilegiada para um maior controle e desenvolvimento de atitudes educativas na promoção da saúde e prevenção de factores de risco de doença.

A saúde e a doença revestem-se de comportamentos adoptados pelos indivíduos, consoante o seu estatuto, papel, crenças e atitudes perante os outros.

Os comportamentos perante a saúde podem ser de promoção ou de detecção.

Os comportamentos perante a doença têm um processo com fases ou estádios distintos.

O processo de doença pode ser encarado como um modelo de cinco fases que facilita a consideração de implicações sociais, culturais e psicológicas da experiência da doença. Sendo estas:

- A experiência do sintoma;
- A admissão do papel de doente;
- O contacto com o tratamento médico;
- O papel dependente do doente;
- A recuperação ou reabilitação;

Conhecendo e atendendo a estas fases, os profissionais ficam capacitados no desenvolvimento de comportamentos, atitudes e programas de intervenção perante estes indivíduos.

A introdução de técnicas para redução do stress é uma excelente maneira de manter corpo e mente saudáveis, tanto do indivíduo afectado como da família e grupos. Quando um indivíduo está

depressivo, furioso, com problemas no trabalho ou simplesmente stressado, é importante encontrar uma saída e impedir que seus sentimentos afectem o seu coração. Às vezes, compartilhar os problemas com um parente ou com um amigo já ajuda. Uma outra opção é procurar ajuda de um profissional de saúde qualificado ou de um psicólogo, se necessário. Há casos em que apenas uma actividade física é suficiente. Aprender técnicas de relaxamento para diminuir o stress pode causar alívio.

O adoptar de medidas de exercício físico programado, a nível institucional e comunitário pode contribuir em grande parte para atingir melhores níveis de *compliance* física e estabilidade emocional, bem como qualidade de vida, integrando-se o conceito de companheirismo e de parceiro nestas actividades, aumentando os níveis de vida saudável.

Para o conhecimento da pessoa e seu envolvente é necessário tempo, disponibilidade e competência para o fazer. Muitos dos conceitos apresentados neste estudo sobre a forma de intervir com a pessoa e família, requerem o trabalho por objectivos, entrando em contradição com a política economicista da saúde. A produtividade, o interesse nos números, prevalece sobre a qualidade e os ganhos a médio e longo prazo, situação esta de preocupação para os profissionais de terreno que se vêm confrontados com os problemas prevalentes e as suas causas desastrosas.

Para Oliveira, (2004), o assunto das doenças crónicas, coloca um grande desafio à lógica economicista da gestão dos serviços de saúde em virtude de requerer mais tempo dos profissionais na dualidade de aprender e educar.

A AHA (Associação Americana para o Coração, 2007), criou recomendações alimentares e de estilo de vida para diminuir o risco de doença cardiovascular. Essas orientações são dirigidas ao público em geral e ajudam adultos e crianças com mais de dois anos. Em vez de focar um único alimento ou nutriente, a AHA dá ênfase a uma dieta global que engloba o equilibrar o consumo de calorias e a prática de actividade física para alcançar ou manter um peso saudável; fazer uma dieta rica em frutas e verduras; preferir grãos integrais e alimentos ricos em fibras; comer peixes, especialmente os oleosos, pelo menos duas vezes por semana; limitar o consumo de gordura saturada para menos de 7%, colesterol para menos de 300 mg por dia, optando por carnes magras e verduras, escolhendo lacticínios sem gordura (desnatados) - com 1% de gordura ou pobres em gordura - e diminuindo a ingestão de gorduras parcialmente hidrogenadas; diminuir o consumo de bebidas e de alimentos que contenham açúcar; escolher e preparar os alimentos com pouco ou nenhum sal; se consumir bebida alcoólica, fazer isso com moderação.

Para que estas recomendações tenham visibilidade é necessário adoptar métodos de trabalho por projecto com monitorização sistemática e avaliação dos ganhos, criando objectivos entre as sessões de educação para a saúde.

A saúde não é só hospitais, enfermeiros, médicos e outros técnicos, esta deve ser reflectida e conseguida em todos os lados através das acções de todos os sectores, da forma como são construídos os bairros, as cidades, os parques, o que comemos, o acesso a actividades físicas e de lazer que apoios sociais temos, entre outras matérias.

A saúde é um assunto de todos. Vamos mudando e actualizando num mundo globalizado, pois este é um processo dinâmico e as questões da saúde não têm prazo de validade, nem raça ou cor, nem género ou idade, deverá ser encarada dentro do processo de cidadania.

Com este estudo e com base nos resultados obtidos, acreditamos que as medidas referenciadas, com uma avaliação estruturada da qualidade de vida pode ser uma grande valia no delinear e re-delinear de projectos de intervenção, baseados na evidência e não em processos indutivos e empíricos que por vezes não estão de acordo com a sociedade multicultural e microregional em que vivemos.

Consideramos ainda que a sistematização da utilização de medidas da qualidade de vida em saúde com populações ou grupos permitirá aprimorar processos de diagnóstico, planeamento e reajustamento de actividades.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As principais limitações do estudo em nossa perspectiva foram: a falta de informatização dos ficheiros clínicos das diferentes freguesias do Concelho de Odivelas o que levou a um moroso trabalho da pesquisa destes, pelo que só foi possível aplicar 100 questionários nas diferentes freguesias do Concelho.

A inexperiência da investigadora, principalmente por aplicar quatro questionários em simultâneo, muito vastos e abrangentes que requereu um grande dispêndio de tempo, e por vezes conduziu a

verdadeiras catarses dos inquiridos, bem como, a imensidão dos dados obtidos que foram impossíveis de trabalhar pelas limitações temporais académicas.

As características do próprio estudo, uma vez que é uma análise exploratória de um grupo com factores de risco já identificados e, por conseguinte, os resultados obtidos não devem ser generalizados para a população em geral. No entanto, indicam-nos resultados importantes, abrindo caminho para futuras investigações nesta área, realçando a curto e médio prazo a sua utilidade no delinear dos projectos de intervenção com estes indivíduos, quer estes sejam a nível institucional ou de parceria.

SUGESTÕES

A realização de um estudo local, longitudinal, com indivíduos com factores de risco identificados e sujeitos a programas de modificação comportamental para aprofundar os resultados obtidos.

A validação do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida, WHOQOL, para a população portuguesa.

Prosseguir em fase preliminar, com o delinear, executar e avaliar de programas pluridisciplinares, de intervenção comunitária, que visem implementar programas de modificação comportamental, uma vez, que através da nossa revisão bibliográfica, e da experiência de terreno, não existem dúvidas, em relação ao contributo dos estilos de vida, para o desenvolvimento da doença coronária.

BIBLIOGRAFIA

ABBOTT, R. (1988). **Who Should Administer the Cardiac Rehabilitation Program: Exercise Physiologist, Nurse, Physical Therapist, Physician?** In L. Hall & G. Meyer (eds.), *Cardiac Rehabilitation: Exercise Testing and Prescription Vol. II* (p. 3-41). Champaign, IL: Life Enhancement Publications.

ALBUQUERQUE, A. (1987). **Prevenção e controle do stress – causas.** Texto Editora.

ALMEIDA, J. F. & PINTO, J. M. (1995). **A Investigação nas Ciências Sociais.** Lisboa: Editorial Presença.

AMERICAN ASSOCIATION OF CARDIOVASCULAR AND PULMONARY REHABILITATION (1991). **Guidelines for cardiac rehabilitation programs.**

AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY, EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (2000). Criteria for acute, involving recent MI. **Eur.Heart J.**, 21 (18).

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA) (2005). Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult-Summary Article: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Writing Committee to Update the 2001 **Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure**

ANDERSON, R., FITZGERALD, J., FUNNELL, M. & FESTE, C. (1997). Diabetes Empowerment scale (DES): A measure of psychosocial self-efficacy. “**Diabetes care**”. 20: 6, 257-268.

ANDRÉ, C. (2005). **Qualidade de Vida e Doença Coronária.** Coimbra: Formasau.

AZZI, E. (1970). Factores Psicológicos e Sociais ligados à ocorrência de afecções coronárias. **Rev. Psic. E Pat.** 16 (3/4):273-88.

BARDIN, L. (1995). **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed.70.

BARREIROS, M. (1984). **Métodos de Análise Quantitativa**. Vol. 1. Universidade Técnica de Lisboa. Cruz Quebrada: ISEF.

BARRETO (Org.) (1996). In Prémio O.I.S.S. (1997). **Los Servicios para las personas mayores**. Organización Iberoamericana de Seguridad Social, p. 62.

BARROS, P. P. (2003). **Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos**. Coimbra: Almedina.

BARRY, MEAD, NABEL (1989). **Effect of smoking on the activity of ischemie heart disease**.

BAUMAN, Z. (2003). **Comunidade: a busca por segurança no mundo actual**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

BENNET, P., MURPHY, S. (1999). **Psicologia e Promoção da Saúde**. Manuais Universitários 14. Lisboa: Climepsi Editores.

BIJNEN, CASPERSEN & MASTERD (1994). **Physical inactivity as a risk factor for coronary heart disease**. Bulletin of the World Health Organization.

BISCAIA, A. R. et. al (2006). **Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Reformar para novos sucessos**. 1^a ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

BOIS. (1992). **Histoire de la Vieillesse**

BOVENS, VAN BAAK, VRENCKEN, WIJNEN, SARIS & VERSTAFFEN (1993). **Physical activity fitness, and selected risk factors for CHD in active men and women**. Med. Sci. Sports Exerc.

BOWLING, A. (2001). **Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales**. 2^a ed. Buckingham: Open University Press.

BORN, T. in NETTO, M. P. (2000). **Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu Ed., p. 403.

BROCKLESTURST (1979), in NETTO, M. P. (2000). **Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**, São Paulo: Atheneu Ed, p. 403.

BRIZ, T. (1999). Longevidade, saúde e sustentabilidade: entre o que temos e o que podemos ter, rentabilizando melhor o conhecimento. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 17 (2), 43-46.

BYRNE, K. (1991). **Understanding and Managing Cholesterol**. A guide for wellness professionals. Champaign: IL.

BUENO, A.M., BUCETA, J. M. (1994). Áreas de intervención Psicológica en la Reabilitación de Pacientes Post - Infarto de Miocardio: Revision de la Literatura y Perspectivas Futuras. **Análise Psicológica**. 2-3 (XII), 265-277.

BULLINGER et al (1993). **Developing and evaluating cross cultural instruments from minimal requirements to optimal models**. Quality of life research.

BURR, V. (1995). **Introduction to social constructionism**. Routledge

CÂMARA MUNICIPAL DE ODIVELAS (2005). **Diagnóstico Social do Concelho de Odivelas**. Departamento de Assuntos Sociais e Juventude. Odivelas.

CÂMARA MUNICIPAL DE ODIVELAS (2006). **O Zé Robusto de Visita ao Jardim de Infância** - Diagnóstico sobre os hábitos alimentares das crianças do pré-escolar no concelho de Odivelas. Câmara Municipal de Odivelas, Divisão de Saúde e da Prevenção das Toxicodependências, Fundação Portuguesa de Cardiologia, Odivelas.

CANEÇAS (2001). Uma história de água, com Passado, Presente e Futuro, edição da Junta de Freguesia de Caneças, Março 2001.

CARDOSO, A. (1991). Avaliação e tratamento na comunidade dos doentes que sobreviveram à fase Hospitalar do Enfarte do Miocárdio. **Cardiologia Actual**. Vol I, 50-58.

CARDOSO, G., MONTEIRO, P., FERREIRA, C. (1988). Cardiopatia isquémica e acontecimentos de vida. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. 7 (6), 575- 578.

CARDOSO, M. (1983). **Enfarte do Miocárdio - Factores de risco da situação**. Porto: Universidade do Porto. Dissertação.

CARDOSO, A. et al (2004). **Fisioterapia/Qualidade de Vida nos idosos internados no Lar Sagrada Família**. Monografia de Licenciatura. Lisboa: Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa.

CARMO, H. (1999). **Desenvolvimento Comunitário**. Lisboa: Universidade Aberta.

CARMO, H. & FERREIRA, M. M. (1998). **Metodologia da Investigação: guia para auto aprendizagem**. Lisboa:. Universidade Aberta.

CARREIRA, H. M. (1999). **O Estado e a Segurança Social**. Cadernos do Público. Ed. Banco Port. Invest., nº4, 9-22.

CARREGETA, M. (1994). **XII Aniversário da fundação Portuguesa de Cardiologia**. Jornal do Coração. I, p.1.

CARROLL, D. (1992). **Health Psychology: Stress Behaviour and Disease**. London: Falmer Press.

CAY, E. (1985). **Psychological factors in patients after myocardium infarction**. World Health Organization.

CARVALHO, C. (2007). **Luto e Religiosidade**. www.Psicologia.com.pt.

CARVALHO, H. T. (1996). **Conselhos de saúde e práticas de comunicação**.

CEIA, C. (1995). **Normas para Apresentação de Trabalhos Científicos**. Lisboa: Presença.

CENTRO DE SAÚDE DE ODIVELAS (2005). **Estatística Anual**.

CENSOS 2001: Resultados Definitivos. XIV Recenseamento Geral da População, IV. Recenseamento Geral da Habitação, 4º vol.(Lisboa), **Instituto Nacional de Estatística**, Lisboa, 2002.

CLEGG, F. (1995). **Estatística para Todos: um manual para Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva.

COHEN, ARDJOEN & SEWPERAD (1997). A behaviour pattern as a risk factor after myocardial infarction. **Psychology and Health**.

COHEN, SHELDON, SYME, S. (1985). **Social Support And Health**. Orlando: Academic Press.

COOPER C., MARSHALL J. (1982). Fontes ocupacionais de stress: Uma revisão da literatura relacionada com doenças coronárias e com Saúde Mental. **Análise Psicológica** 2/3 (II), 153-70.

CORREIA, J. M. (2003). **Introdução á Gerontologia**. Lisboa: Universidade Aberta.

COSTA et al (2003). Prevalência da hipercolesterolemia em Portugal e na Europa: a mesma realidade. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, 22 (7-8), 967-974.

COSTA, M. A. (2002). **Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros**. Coimbra: co-edição Educa e Formasau.

COSTA, S. (2003). Nomenclatura e critérios de diagnóstico da cardiopatia isquémica. **Cardiopatia Isquémica**, Vol. I. Lisboa, Permanyer Portugal, 32-34.

COUVREUR, C. (2001). **A Qualidade de Vida – Arte para viver no século XXI**. Lisboa: Lusociência.

DECRETO LEI n.º 391/91, de 10 de Outubro. O acolhimento familiar. Despacho n.º 30989/2008.

DIMSDALE, J. E. (1988). A Perspective on Type A Behavior and Coronary Disease. **New England Journal of Medicine**. 318 (2): 110-12.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2001). **Risco de morrer em Portugal 1999**. Lisboa: Direcção dos serviços de Informação e Análise.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, (2004). **Plano Nacional De Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos**. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, (2 vols.).

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, (2006). Programa Nacional de Combate à obesidade. **Circular normativa n.º 03/DGCG** de 17/03/06.

DREYFUS, F. G., MARX, R. & POIDEVIN, R. (1980, 1996). **História Geral da Europa: de 1789 aos nossos dias**. Biblioteca da História n.º3. Publicação Europa - América.

DUARTE, R. et al (2003). Síndromas coronários agudos, numa população de diabéticos: factores de risco, características clínicas e angiográficas. **Revista portuguesa de Cardiologia**, 22 (9), 1077-1088.

DUBOIS, N. (1987). **La Psychologie du Contrôle: Croyances Internes et Externes**. Grenoble: Press Universitaire.

DUNBAR, F. (1943). **Psychosomatic Diagnosis**. N.Y.: Paul b. Hoeber, Inc.

ECO, U. (1991). **Como se faz uma tese**. 5ª ed., Lisboa: Presença.

EGG, E. A. (1992). **Técnicas del Investigación Social**. Buenos Aires: Editorial Humanitas.

EGG, E. A. & IDÁNEZ, A. M. J. (1997). **Como Elaborar um Projecto**. Editorial Lúmen.

ERIKSON, J. (1988). Psychosomatic aspects of coronary artery bypass graft surgery. **Acta psychiatrica Scandinavica**. Oslo, 9-105.

FACHADA, M. O. (2001). **Psicologia das Relações Interpessoais**. Lisboa: Editora Rumo, 4^a ed. Vol I, p.256.

FACHADA, O. (2003). **Psicologia das relações interpessoais**. (2^a ed.). Lisboa: Rumo.

FEIN, F. & SCHEUER, J. (1990). **Heart disease in diabetes mellitus**. New Yorque: Elsevier. 812-23.

FERNANDES, A. A. (1997). **Velhice e Sociedade, Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal**. Oeiras: Celta Editora.

FERNANDES, A. A. (1999). **A Família**. Vol. 4., 52-53.

FERNANDES, A. A. (2000). Reforma. Velhice e cidadania: dúvidas e certezas de um contrato social. **Cadernos de Política Social**. Ed. da APSS.

FERREIRA, D. (2001). **1.as Jornadas de Gerontologia, geriatria e Gerontopsiquiatria da Costa azul**. “ Realidades/Perspectivas para o Futuro”, in Comunicações, Seixal, 12 e 13 de Junho.

FERREIRA, R. (2008). **Jornal de Notícias**. 23 de Novembro.

FLECK, M. P. A., CHACHAMOVICH, & TRENTINI, C. M. (2006). Projecto WHOQOL-OLD; métodos e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 37 (6), 793-799.

FONSECA, A. M. (2000). Efeitos Psicológicos da Reforma. **Revista Cidade Solidária**, nº 5, Ed. S.C.M.L., 68-71.

FRASQUILHO, A. (1994). Stress Psicossocial como Factor de Risco de Doença Cardiovascular, **Cardiologia Actual**, 30, 1069-1076.

FUTURANDO (2000). **Gerontologia Social**. Teorias e Práticas (Número temático), N.º1, Outubro. Ética.

GAZIANO, J. M., MANSON, J. E., RIDKER, P. M. (2003). Prevenção primária e secundária da doença das artérias coronárias. In: BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P.; LIBBY, P..**Tratado de medicina cardiovascular**. Vol.2, ed. 6. São Paulo: Editora Roca.

GEORGE, F. (2004). **Histórias de Saúde Pública**. Lisboa: Livros Horizonte.

GERSH, B. J., BRAUNWALD, E., RUTHERFORD, J. D. (2000). Arteriopatia coronária crónica. In: BRAUNWALD, E. – **Tratado de Cardiologia**. Vol. 2, ed. 5. México: McGraw – Hill Interamericana.

GIDDENS, A. (1994). **Modernidade e identidade social**, Oeiras, Celta Editora.

GILL, T. & FEINSTEIN, A. (1994). A critical appraisal of the quality of life measurements. In **Jama**. 272: 619 – 26.

GLADIS, M. et al (1999). Quality of life: expanding the scope of clinical significance. In: **Clin Psychologie**. 67: 320- 31.

GOFFMAN, E. (1957). The Characteristics of Total Institutions. In **Symposium ou Preventive and Social Psychiatry**, 15-17, Abril de 1957, Instituto de Pesquisas do Exército Walter Reed, Washington, D.C, reproduzido parcialmente da sua obra original.

GOUVEIA, A. C. (2000). **Prevenção Cardiovascular**. Lisboa: Fundação Portuguesa de Cardiologia.

GUIMARÃES, P. (1999). Direito e Direitos e idades da vida. Dossier: Gerações da Vida, **Intervenção Social**, n.º 20.

GOLDSTEIN, S. (1990). Towards a new understanding of the mechanism and prevention of sudden death in coronary heart disease. **Circulation**. 82, 284-288.

HALL, L. (1984). Psychological Concerns of Cardiac Patient, **Cardiac Rehabilitation. Exercise Testing and Prescription**, Sports Medicine and Health Science. L. Hall (ed), spectrum Publication, 107-121.

HALL, L. (1993). **Developing and Managing Cardiac Rehabilitation Programs**. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.

HAZAM, H. (1994). **Old Age. Constructions and Deconstructions**. Cambridge: University Press, p. 24.

HÉBERT, M. L., GOYETTE, G., BOUTIN, G. (1990). **Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas**. Lisboa: Ed. Instituto Piaget.

HERR & WEAKLAND (1979) In Matheus Papaléo (2000). **Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu Ed..

HORTELÃO, A. P. S. (2003). **Qualidade de vida e Envelhecimento - Estudo Comparativo de Idosos Residentes a Comunidade e Idosos Institucionalizados na Região de Lisboa**, Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.

IBANEZ, E. (1990). **Psicologia de la salud y Estilos de vida**. Valência.

IMAGINÁRIO, C. (2004). **O Idoso Dependente em contexto familiar**. Formasau.

INTERVENÇÃO SOCIAL (1999). **Dossier Gerações e Idades da Vida**. (Número temático), N.º 20, Dezembro.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE (2003). **Anuário Estatístico da Região de Lisboa**. Lisboa: INE.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – INE (2004). **Anuário Estatístico da Região de Lisboa**. Lisboa: INE.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – INE (2005). **Anuário Estatístico da Região de Lisboa**. Lisboa: INE.

JACOB, L. (2001). **A Velhice**. Dissertação de Mestrado. Lisboa: ISCTE.

JENKINS, C. D., ROSENMAN, R. H., & ZYZANSKI, S. J. (1974, 1976). Prediction of clinical coronary heart disease by a test for the coronary-prone behavior pattern. **New England Journal of Medicine**, 290 (23), 1271-1275.

JORNAL AMERICANO (J. AM) (2009). **Coll. Cardiol**; 54:1982-1989.

JORNADAS (1994). **Revisitando o Envelhecimento**, Junho, 14.

KANNEL, W. (1991). Left ventricular hypertrophy as a risk factor: The Framingham experience. **J. Hypertens** (2); 2-9.

KRAUSE, N. E , STRYKER, S., (1984). Stress and Well-being the buffering role of locus of control beliefs. **Social science and medicine**, 18, 783-790.

LADOUCEUR, R., GOSSELION, P., DUGAS, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of theoretical model of worry - **Behav. Res. Ther.** 38 (9): 933:-41.

LAW, M. R., MORRIS, J. K., WLAD, N. J. (1997). Environmental tobacco exposure and ischemic heart disease an evaluation of the evidence. **Br. Med. J.** 315: 973-80.

LAWHORNE, T. W., BROOKS, H. B., CUNNINGHAM, J. M. (1997). Five hundred consecutive carotid endarterectomies: emphasis on vein patch closure. **Cardiovasc. Surg.**, Oxford, v.5, p.141-144.

LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. (1984). **Stress appraisal and coping**. New York: Springer.

LEMAITRE, N. (1984). La culture D` Entreprise. **Revue Francaise de Gestion**.

LEPORE, J., MATA, A., EVANS, W. (1993). Social Support Lowers Cardiovascular Reactivity to an Acute Stressor; **Psychosomatic Medicine**, 55, 518-524.

LIMA, C. A.(2007). Avaliação do risco cardiovascular no indivíduo. **Rev. Factores de Risco**, 4: 15-24.

LOURENÇO, M. (2004). Site sobre "**História dos Cuidados Paliativos**" Projecto da Universidade e Centro Hospitalar da Cova da Beira.

LOURENÇO, O. (1988). Escalas Locus de Controle para Crianças: Considerações Desenvolvimentalistas e Conceptuais; **Edições Jornal de Psicologia**, Porto.

KELLY, J. G. (1969). Naturalistic observations in contrasting social environments. In E. P. Willems & H. L. Raush (Eds.). **Naturalistic viewpoints in psychological research**. New York: Holt. Rinehart & Winston.

KRANTZ, D. S. et al (1981). Extent of coronary atherosclerosis, type A behaviour and cardiovascular response to social interaction. **Psychophysiology**, 18: 654-664.

MACHADO NUNES, J. M. & BAPTISTA, A.(1986). Metodologia de avaliação de factores de risco psicológico em estudo prospectivo multifactorial da doença vascular. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, 5: 511 - 514

MACHADO NUNES, J. M (1988). Factores Psicológicos e Sociais nas Doenças Coronárias Isquémicas. **Dissertação de Doutoramento** apresentada á Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

MACHADO, P. (1994). A Cidade maior - para uma sociologia da velhice na cidade de Lisboa. **Sociologia Problemas e Práticas**. Lisboa: Centro de Investigação e de Estudos de Sociologia. ISCTE, 15, p. 21-52.

MAGALHÃES, E. E. (2005). **Envelhecimento demográfico: novos desafios** - Workshop – UTAD, Novembro, Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde.

MANSO, C. (1987). Stress e doenças psicossomáticas. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, 6, 571-576.

MARCONI, M., LAKATOS, E. (1996). **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas.

MATOS, M. G., SIMÕES, C., CARVALHOSA, S. F., REIS, C., CANHA, L. (2000). **A Saúde dos adolescentes portugueses: estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1998)**. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/ Programa de educação para Todos, Saúde.

MATOS, M. P. P. C. (2007). Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. **Impacto da Doença e do Transplante Hepático na Qualidade de Vida de Doentes com Cirrose: Estudo Exploratório**. Universidade Aberta.

MAURITTI, R. (2004). Padrões de vida na velhice. **Análise Social**. Vol. XXXIX (171), 339-363.

MARTINS, T. (2006). **AVC – Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de Vida e Bem-estar dos doentes e Familiares Cuidadores**. Coimbra: Formasau.

MELO, E. M. O. P. (1998). **Qualidade de vida em doentes submetidos a revascularização coronária**. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra: Universidade de Coimbra.

MILLER, N., TAYLOR, C., DAVIDSON, D., HILL, M., KRANTZ, D. (1991). The Efficacy of Risk Factor Intervention and Psychosocial Aspects of Cardiac Rehabilitation. **Guidelines for Cardiac Rehabilitation Programs**. ASCPR. Champaign, Illinois, Human Kinetics Books. 89-103.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999). **Saúde um compromisso: a Estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)**. Lisboa: Ministério da Saúde. p.103.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003) **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

MOITA, V. (1983). A angústia como conceito operatório na técnica projectiva de Rorschach. In **Análise Psicológica**. 1 (IX), pp. 5-16.

MOREIRA, C. D. (1994). **Planeamento e Estratégias da Investigação Social**. Lisboa: ISCSP.

MUCCHIELLI, A., GUIVARCH, J. (1998). **Nouvelles méthodes d'étude des communications**. Armand Colin.

MUCCHIELLI, A. (2006), Psychosociologie et systémique des relations dans les organisations, Paris, Editions ESKA.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (1997) – **NIH Publication** No. 98-4080 November

NETO, L. (2003). **Dez questões sobre o Modelo Comunicacional da Gestão Coordenada das significações (CMM)**. Lisboa, p.20.

NUNES, J. (1989). Psicocardiologia: Aspectos, Cognições e Doenças do Coração - Introdução. **Psicologia**. VII, 2, 131-133.

NUNES, L. (2001). A propósito de dever de informar e de dever de sigilo. **Ordem dos Enfermeiros**. 2, 27-31.

NUNES, R. (2003). Repensar a política de saúde. In Rui Nunes (Coord.), **Política de saúde** (pp. 13-45). Porto: Universidade Portucalense e Faculdade de Medicina do Porto.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1998). **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. Retirado da World Wide Web: <http://www.ufrhs.br/psiq>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (2005). O desafio da obesidade na Região Europeia da **Organização Mundial de Saúde. Ficha informativa Euro/13/05**. Disponível em: www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1305e.pdf.

OLIVEIRA, C. C. (2004). **Auto-Organização, Educação e Saúde**. Coimbra: Ariadne Editora.

ORNELAS, J. (1997). Nota de Abertura. **Análise Psicológica**, Vol.15, no.3, 371-373. ISSN 0870-8231.

OUSCHAN, R., SWEENEY, J. & JOHNSON, L. (2000). **Dimensions of patient Empowerment: Implications for Professional Services Marketing Quarterly**. 18: 1/2. 99-114.

PADUA, F. (1989). Doença Aterosclerótica – Que Prevenção?; **Revista Portuguesa de Cardiologia**, 8, 9, 589-591.

PAFFENBARGER, R. S., HYDE, R.T., WING, R.T.; WING, A. L. (1986). Physical activity all-case mortality and longevity of college alumni . New England, **Journal Medicine**. 314, 605-13.

PARKES, C. M., LAUGANI, P. & YOUNG, B. (2003). Cultura e Religião . in C. M. Parkes, P. Laugani & Young (Eds.). **Morte e Luto através das Culturas**. 1^a ed., 23-37. Lisboa: Climepsi.

PEARCE, W. B. (1989). **Communication and the human condition**. Carbondale: Southern Illinois University Press.

PEARCE, W. B. (1994). **Interpersonal Communication: Making Social Words**. New York: Harper Collins College Publishers.

PEREIRA, A., ROUPA, C. (2004). **Como Escrever uma Tese**. Edições Sílabo. 3^a Ed.

PEREIRA, L. S. (s d). **A velhice: variabilidade histórica e social da sua conceptualização**. Lisboa: ISPA.

PERISTA, H. (1992). Envelhecimento e Condições de vida - breves notas sobre a situação portuguesa. **Futurando**. n.º 2, Maio, 6-9.

PETERSEN, A. & LUPTON, D. (1996). **The new public health – health and self in the age of risk**. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

PINTO, J. M., SILVA, A. S. (1986). **Metodologia das Ciências Sociais**. Porto: Edições Afrontamento. 10^a Ed.

POIRIER, D. (1995). **Pessoas Idosas: Uma abordagem global**. Lusodidacta.

POLLOCK, W., WILMORE, J. H. (1990). **Exercise in Health and Disease, Evaluation and Prescription for Prevention and Rehabilitation**. 2^a Ed., W.B. Saunders Company.

PORTUGAL. INE (2002). **O Envelhecimento em Portugal**. Lisboa.

PORTUGAL. INE (2002a). **O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio – económica recente das pessoas idosas**. Lisboa: INE. 36p.

PORTUGAL. INE (2002-b). **Censos 2001: resultados provisórios**. Lisboa, INE. ISBN 972- 673-547-5. 152p.

PRÉMIO O.I.S.S. (1997). **Los Servicios para las personas mayores**. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. p. 62.

PROGRAMA NACIONAL de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (2004). Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa.

PROGRAMA NACIONAL de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, 2003.

QUARESMA, M. L. (sd). Melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. **Futurando**. n.º2, Maio, 3-5.

QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. V. (1992). **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 1ª ed. Lisboa: Gradiva.

RAMOS, E. (2007). **Factores de risco cardiovasculares na adolescência**. Arq Med, Jan. 2007, vol.21, no.1, p.25-35. ISSN 0871-3413.

RAMOS, H. V. (2000). **Qualidade vida e envelhecimento**. Cadernos bioética.

RAMOS, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Ano 35 n° 2. 155-178.

RAMOS, N. (2004). **Psicologia Clínica e da Saúde**. Lisboa: Universidade Aberta.

RAMOS, N. (2008). **Multiculturalidade, Perspectivas da Enfermagem**, Contributos para melhor Cuidar. Multiculturalidade e Comunicação em Saúde. Lusociência.

RAPPAPORT, J. (1985). **The power of empowerment language**. Social policy. 16, 15-21.

RAPPAPORT, J. (sd). **Research methods and the empowerment social agenda**. In P. Tolan, C. Keys, F. Chertok, & L. Jason (Eds.). A Researching Community Psychology. Washington D.C: American Psychological Association.

RIBEIRO, J. L. P. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. **Análise Psicológica**, 2-3 (XII), 179-191.

RIBEIRO, J. L. P. (1998). **Psicologia e Saúde**. Lisboa. ISPA.

RIBEIRO, J. L. P. (2001). **Quality of Life and Câncer disease** . Climepsi Editors.

RIBEIRO, J. L. P. (2008). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde – **Bem-estar e Qualidade de Vida**. Contributos da Psicologia da Saúde. Texto e Verso, Limitada. Coleção: Ensaio/5.

RIBEIRO, M. H. M. F. (2000). **Cancro da mama: um estudo sobre qualidade de vida**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

RIDKER, P. M., GENEST, J., LIBBY, P. (2003). Factores de Risco para a Doença Aterosclerótica. In: BRAUNWALD, E., ZIPES, D. P., LIBBY, P. – **Tratado de Medicina cardiovascular**. Vol.2, 6^a ed. São Paulo, Editora Roca.

RILEY, J. (2004). **Comunicação em enfermagem**. 4^a Ed. Loures: Lusociência.

RODRIGUEZ, J. M. V. (2001^a). Programa de actualização em cardiologia clínica para cuidados primários: cardiopatia isquémica. Aspectos gerais. **American College of Cardiology**. 1, 7-63.

ROMAN, T. S. (1990). **Vejez y Cultura, Hacia los limites del Sistema**. Barcelona: Fundación Caixa de Pensions. p.143.

ROPER, N., LOGAN, W. W., TIERNEY, A., J. (1990,1995). **Modelo de Enfermaria**. Inter americana. 3^a ed., Mcgraw – Hill.

ROSA, M. J. V. (1999). **Reformados e tempos livres**. Lisboa: Edições Colibri / INATEL

ROSENMAN, R. (1982). Role of Type A Behavior Pattern in the Pathogenesis and Prognosis of Ischaemic Heart Disease. **Adv. Cardiol.** 29, 77-84.

ROSS, R. (1977). Cardiopatia isquémica. In Harrison - **Medicina Interna**, 7^a ed, 2 vol., Rio de Janeiro: Ed. Guanabara.

ROTTER, J. B. (1990). Internal vs. external control of reinforcement: A case history of a variable. **American Psychologist**, 45, 489 – 493.

SANTANA, P. et. al (2004). O Estado de Saúde dos Portugueses. Uma perspectiva espacial. **Revista de Estudos Demográficos**, n.º 36. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

SANTOS, S. (2005). Qualidade De Vida Em Crianças E Adolescentes Com Problemas De Saúde:Conceptualização, Medidas E Intervenção. **Psicologia, Saúde & Doença**, 2006, 7 (1), 89-94.

SEABRA, G. (2002). Alocução do presidente da sociedade portuguesa de cardiologia na sessão de abertura do XXIII português de cardiologia. **Boletim da Sociedade Portuguesa de Cardiologia**. 93, 2-4.

SCHEIN, E. H. (1992). **Organizational Culture and Leadership**. San Francisco, Jossey Bass.

SCHULZ, A., ISRAEL, B., ZIMMERMAN, M. & CHECKOWAY, B. (1995). Empowerment as a multi-level construct: perceived control at the individual, organizational and community levels. **Health Education Research**. 10:3, 309-327.

SEIDL, E. M. F., ZANNON, C. M. L. C. (2004). Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (2), 1-13.

SELYE, H. (1982). History of the Present Status of the Stress Concept, in L. Goldberger, S. Breznitz, Eds.. **Handbook of Stress**, New York: Free Press.

SILVA, A. S. e PINTO, J. M. (orgs), (1986). **Metodologia das Ciências Sociais**. Porto, Edições Afrontamento.

SILVA, I., RIBEIRO, J.P., & CARDOSO, H. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. **Psicologia Saúde & Doenças**, 4 (1), 21-32.

SILVA, L.F. (2002). **Promoção da Saúde**. Lisboa, Universidade Aberta.

SILVA, M. A. D. (1998). **Qualidade de vida e doenças cardiovasculares**. In: Porto, C.C. – Doenças do coração: prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

SILVA, P.(1991). **Prevenção Vascular**. Edição do Instituto Nacional de Cardiologia preventiva e Fundação Portuguesa de Cardiologia, Coimbra.

SOARES, R. (1994). Hipertensão Arterial: da Prevenção ao Tratamento. **Cardiologia Actual**, 29, 1046-1052.

SOCZKA, L., NUNES, M. (1989). Redes Sociais de Suporte e Etiopatogenia do Enfarte do Miocárdio em Meio Urbano. **Psicologia 7**: 157-66.

SOUSA, M. (2002). **Sida, e a Vida Continua**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermagem.

SOUSA M. C. B. (2007) Aspectos epidemiológicos do acidente vascular cerebral na cova da Beira – importância dos dados regionais para o planeamento de saúde. **Tese de Doutoramento em Medicina**. Universidade da Beira Interior; 47-96.

STANHOPE, L., LANCASTER, J. (1999). **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. 1^a ed. em Português. Lusociência.

STRICKLAND, B. R. (1989). Internal external control Expectancies: From Contingency to creativity: **American Psychologist**, 44, 1-12.

SUZUKI, K. (2002). **Pesquisa sobre a qualidade de vida de pacientes de UTI: uma revisão de literatura**.

SWANSON, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. **Nursing Research**, 40, 161-166.

TAYLOR, W. C., BARANOWSKI, T. & SALLIS, J. F. (1994). Family determinants of childhood physical activity: a social-cognitive model. In: R. K. Dishman. (ed.). **Advances in Exercise Adherence**. (p. 319-342). Champaign, IL: Human Kinetics.

THOMPSON, D. R., ROEBUCK, A. (2001). The measurement of health-related quality of life in patients with coronary heart disease. **J. Cardiovasc. Nurs**, 16 (1), 28-33.

THOMPSON, D. R., YU, C. M. (2003). Quality of life in patients with coronary heart disease- I: assessment tools. **Health and Quality of Life Outcomes**, 1 (1), 42-50.

TWYLCROSS, R. (2003). **Cuidados Paliativos**. 2^a ed.. Lisboa: Climepsi Editores.

VAGUEIRO, M. C. (1992,1999). **O coração da família**. Lisboa, Fundação Portuguesa de Cardiologia.

VIVACQUA, R., HESPANHA, R. (1992). **Ergometria e reabilitação em cardiologia**. Rio de Janeiro: Medsi.

XAVIER, M. (1989). Comportamento Tipo A e Doença Coronária Isquémica. **Psicologia**, VII, 2, 143-155.

WHO (1993). **Rehabilitation After Cardiovascular Diseases**, With Special Emphasis on Developing Countries. Report of a WHO Expert Committee.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine** 41 (10), 403-409.

WIEBE, S., GUYATT, G., WEAVER, B., MATIJEVIC, S., SIDWELL, C. (2003). Comparative responsiveness of generic and specific quality-of-life instruments. **Journal of Clinical Epidemiology**, 56 (1), 52-56.

WILSON, I. B., CLEARY P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. **Jama**, 273 (1), 28-33.

WILSON-BARNETT, J. (2000). A divulgação de informação relevante para os doentes e suas famílias In CORNEY, R. **O desenvolvimento das perícias de comunicação e o aconselhamento em medicina**. 2^a ed. Lisboa: Climepsi Editores

WRIGHT, R. M. (2005). Profetas do pariká e caapi. Em B. C. Labate & S. L. Goulart (Orgs.), **O uso ritual das plantas de poder** (pp. 83-115). Campinas: Mercado de Letras.

Fontes Electrónicas:

Alto Comissariado da Saúde - URL: www.acs.min-saude.pt

Andrea Wolf- <http://oak.cats.ohio.edu>

Área Metropolitana de Lisboa - URL: www.aml.pt

Câmara Municipal de Odivelas - URL: www.cm-odivelas.pt

Direcção-Geral da Saúde - URL: www.dgs.pt

Direcção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo - URL: www.drel.min-edu.pt

Farmácia.com - <http://www.farmacia.com.pt/index.php?name=News&file=article&sid=6599>

Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. - URL: www.infarmed.pt

[© 2009 by the American College of Cardiology Foundation](http://www.pearceassociates.com/)

<http://www.pearceassociates.com/>

<http://www.colorado.edu/communication/meta-discourses/Theory/cmm/>

<http://www.143.107.178.10:4500/ALEPH/POR/EEN/EEN/TESEEN/FULL/1266856>

Instituto do Emprego e Formação Profissional - URL: www.iefp.pt

Instituto Geográfico Português - URL: www.igeo.pt

Instituto Tecnológico e Nuclear - URL: www.itn.pt

Organização Mundial da Saúde - URL: www.who.int

Portal da Saúde - URL: www.min-saude.pt

Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis - URL: www.redecidadessaudaveis.com

GLOSSÁRIO

GLOSSÁRIO

Acessibilidade (accessibility)

A acessibilidade é uma medida de proporção da população que utiliza os serviços de saúde apropriados. A acessibilidade pode ser influenciada por diferentes tipos de factores: financeiros (insuficientes recursos financeiros), geográficos (ex.: distância que têm de percorrer para terem acesso a cuidados), organizacionais (má distribuição e/ou falta de profissionais de saúde), sociológicos (discriminação, barreiras linguísticas, etc.) e também culturais. [Adaptado de: Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde (www.observatory.dk)]

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/A/acessibilidade.htm>.

Acesso Aos Cuidados De Saúde (Access To Health Care)

Possibilidade que os indivíduos têm de obter cuidados de saúde apropriados às suas necessidades (temporais, geográficas e financeiras), de modo a alcançar em ganhos em saúde. [Adaptado de: OMS(http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf) e Justo (JUSTO, Cipriano – Acesso aos cuidados de saúde. Porque esperamos?. 1ª ed. Lisboa: Campo da Comunicação. Colecção Saúde, 2004.)]

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/A/acesso.htm>

Alojamento Familiar Clássico

Local distinto e independente, constituído por uma divisão ou conjunto de divisões e seus anexos, num edifício de carácter permanente, ou numa parte distinta do edifício (do ponto de vista estrutural), considerando a maneira como foi construído, reconstruído, ampliado ou transformado se destina a servir de habitação, normalmente, apenas de uma família/agregado doméstico privado. Deve ter uma entrada independente que dê acesso (quer directamente, quer através de um jardim ou um terreno) a uma via ou a uma passagem comum no interior do edifício (escada, corredor ou galeria, etc.). As divisões isoladas, manifestamente construídas, ampliadas ou transformadas para fazer parte do alojamento familiar clássico/fogo são consideradas como parte integrante do mesmo.

Alojamento (Construção) Precário

Solução habitacional de agregados familiares que não têm acesso a uma habitação, sendo alojamentos rudimentares, à base de materiais perecíveis (madeira, chapa, plásticos, etc.) ou em alvenaria de tijolo, auto-construídos, sem infra-estruturas mínimas sanitárias ou outras.

Avaliação

Apreciação sistemática da relevância, adequação, eficiência, efectividade, e impacto de uma acção. (The Observatory's Health Systems Glossary. www.observatory.dk)

Cidade Saudável

Cidade que cria e promove continuamente as condições necessárias para garantir aos seus habitantes de forma equitativa um bem-estar físico, social e mental, através da conjugação positiva dos vários determinantes da saúde.

Cuidados Integrados Continuados

“Conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”. (Cf. DL n.º 101/2006, DR 109; Série I-A de 2006-06-06).

Crenças Do Senso Comum

Crenças acerca do mundo social ou natural muito difundida entre os membros leigos (não-especialista) da sociedade. (Giddens A. Sociologia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000)
<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/C/>

Deficiência

“Perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica”. (Cf. *Censos 2001: Resultados Definitivos*, 4º vol. (Lisboa), Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, INE, 2002).

Determinantes da Saúde

Factores que directa ou indirectamente influenciam o estado de saúde de um indivíduo ou da comunidade em que este se insere. São exemplos de determinantes da saúde para além dos factores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos), os estilos de vida que dependem directamente do indivíduo (consumo de tabaco, álcool, drogas, hábitos alimentares, actividade física, saúde mental), os factores externos ao próprio indivíduo nomeadamente os socioeconómicos, o ambiente, a segurança, a exclusão social, a habitação, educação, emprego, urbanização e os transportes. (*WHO. Health promotion glossary. Geneva: WHO, 1998*)

Educação para a Saúde

Processo planeado e administrado de investimento em educação para melhorar a saúde de uma população. Consiste em oferecer oportunidades de aprendizagem estruturadas conscientemente para que incorpore alguma forma de comunicação delineada para fomentar o alfabetismo na saúde, assim como a capacidade cognitiva e social para entender e usar a informação no sentido de melhorar a saúde. Isso inclui o aperfeiçoamento de conhecimentos e práticas que contribuem para a saúde individual e comunitária.

<http://www.opas.org.br/serviço/arquivos/sala1860.pdf>,

Efectividade (Effectiveness)

Resultados ou consequências de determinado procedimento ou tecnologia médica quando aplicados na prática. A efectividade de um programa de saúde distingue-se da sua eficácia pelo facto de fazer referência a situações reais, enquanto o segundo termo se aplica apenas aos resultados obtidos em condições ideais. (Pereira, J. Economia da saúde: glossário de termos e conceitos. APES: Lisboa, 4ª edição, 2004)

Eficácia (Efficacy)

Resultados ou consequências de um tratamento, medicamento, tecnologia ou programa de saúde desde um ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal (por exemplo, quando todos os indivíduos aderem à terapêutica).

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/E/eficacia.htm>

Eficiência (Efficiency)

A relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada actividade. A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado. (Pereira, J. Economia da saúde: glossário de termos e conceitos. APES: Lisboa, 4ª edição, 2004)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/E/>

Empoderamento (Empowerment)

Processo através do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controlo sobre as decisões e acções que afectam a sua saúde. (WHO. Health promotion glossary. Geneve: WHO, 1998).

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/E/>

Equidade

Distribuição justa de determinado atributo populacional.

O conceito de equidade não é necessariamente equivalente a igualdade, embora os dois termos sejam por vezes usados como sinónimos. Quando se define equidade na prestação de saúde em termos de igualdade, o conceito envolve duas dimensões importantes: a equidade horizontal - tratamento igual de indivíduos que se encontram numa situação de saúde igual; e equidade vertical - tratamento apropriadamente desigual de indivíduos em situações de saúde distintas. A equidade tem a ver com justiça, tem uma dimensão ética relacionada com a redistribuição de algo de acordo com as necessidades referentes a esse algo, é um conceito relativo. A igualdade é um conceito mais absoluto, não tem necessariamente uma conotação ética. A igualdade, compara níveis de saúde, de recursos, de acesso, etc., entre indivíduos e comunidades, independentemente de critérios associados às necessidades desses indivíduos ou comunidades. Algumas desigualdades são esperadas e fáceis de prever, sem necessariamente reflectirem iniquidade. (Adaptado de Pereira, J. Economia da saúde: glossário de termos e conceitos. APES: Lisboa, 1992 e OPSS, Relatório da Primavera)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/E/>

Estilos de Vida

“conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida”. (Cf. Circular Normativa n.º 07/DSE de 29/06/06. Programa Nacional de Saúde Escolar, Direcção-Geral da Saúde, 2006).

Estratégia De Saúde (Health Strategy)

Linhas gerais de actuação selectiva para alcançar, atingir as metas e os objectivos. Deve ter subjacentes modos de intervenção; formas de intersecção com outros sectores; a conjuntura política, social e económica, bem como os factores técnicos e de gestão que a podem afectar, definição de possíveis obstáculos e possíveis soluções. (Ministério da Saúde. Saúde um compromisso: A estratégia para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da saúde, 1999)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/E/>

Família Clássica

“Conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupa uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento”. (Cf. *Censos 2001: Resultados Definitivos*, 4º vol. (Lisboa), Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, INE, 2002).

Família Institucional

“Conjunto de indivíduos residentes num alojamento colectivo que, independentemente da relação de parentesco entre si, observam uma disciplina comum, são beneficiários dos objectivos de uma instituição e são governados por uma entidade interior ou exterior ao grupo”. (Cf. *Censos 2001: Resultados Definitivos*, 4º vol. (Lisboa), Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, INE, 2002).

Ganhos Em Saúde (Health Gain)

Melhoras mensuráveis do estado de saúde de um indivíduo ou de uma população, a partir de uma situação de base, e que pode abranger desde aspectos quantitativos de duração da vida a medidas de qualidade de vida. (Ministério da Saúde. *Saúde um compromisso: A estratégia para o virar do século* (1998-2002). Lisboa: Ministério da saúde, 1999)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/G/>

Gestão Da Doença (Disease Management)

Um sistema de intervenções coordenadas de cuidados de saúde para populações quando os esforços de auto cuidados são significativos. (Adaptado de Disease Management Association of America, 2001)

A gestão da doença tem como objectivo coordenar recursos através do sistema de prestação de cuidados. A gestão da doença aplica-se especialmente em doenças crónicas e de evolução prolongada, em que existem grandes variações nas actuações dos profissionais, em que exista má coordenação de cuidados e/ou pouca qualidade dos mesmos. A gestão da doença é a resposta estruturada à existência de um conjunto fragmentado e não coordenado de pólos prestadores de cuidados de saúde (atenção predominante a situações agudas, negligência dos cuidados preventivos, tratamento não baseado na melhor informação disponível). (Adaptado de BMJ 1997; 315:50-53.

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/G/>

Índice de dependência dos idosos

“Relação entre a população idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 15-64 anos)”. (Cf. Anuário Estatístico da Região Lisboa - 2005, INE, Lisboa, 2006).

Índice de envelhecimento

“Relação existente entre o número de idosos e a população jovem (número de residentes com 65 e mais anos por 100 residentes com menos de 15 anos)”. (Cf. Anuário Estatístico da Região Lisboa - 2005, INE, Lisboa, 2006).

Índice de longevidade

“Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 65 ou mais anos)”. (Cf. Anuário Estatístico da Região Lisboa - 2005, INE, Lisboa, 2006).

Metas (Targets)

Objectivo definido em termos específicos, geralmente quantificados, a alcançar num período de tempo, claramente definido. Aplica-se tanto a resultados como a processos. Utiliza-se para aspectos prioritários no sentido de estimular a sua realização. Requer monitorização e avaliação e obriga frequentemente a desenvolver sistemas de informação para o efeito. (Ministério da Saúde. Saúde um compromisso: A estratégia para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da saúde, 1999)
<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/m/>

Organização De Saúde

Organização de saúde é um estabelecimento ou serviço que contribui para a prevenção, o diagnóstico, tratamento e reabilitação de situações de doença. (Adaptado de WHO, 1996)
<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/O/>

Política De Saúde (Health Policy)

Declaração formal ou procedimentos dentro de instituições (nomeadamente governo) que definem ou revelam as prioridades e as linhas de acção, assim como os processos para as definir, para responder a necessidades em saúde, recursos disponíveis e outras pressões políticas. (Adaptado de The Observatory's Health Systems Glossary. www.observatory.dk)

Promoção Da Saúde

É o processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os factores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar. Os principais factores que determinam a saúde – genéticos, biológicos, comportamentais, ambientais e serviços de saúde – fundamentam uma acção em promoção da saúde implicando o desenvolvimento de actividades diversificadas, que podem ser sistematizadas em três vertentes de intervenção que se relacionam e complementam:

- Educação para a saúde – processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde.
- Prevenção da doença – conjunto de medidas que visam evitar, detectar e tratar precocemente doenças específicas e eventuais sequelas.
- Protecção da saúde – conjunto de medidas destinadas ao controlo de factores de risco de natureza ambiental e à preservação dos recursos naturais. (Adaptado de Carta de Ottawa, OMS, 1986)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/P/>

Mortalidade

Relação entre número de óbitos causados por determinada patologia e a população num determinado período de tempo e área geográfica.

Planeamento Estratégico (Strategic Planning)

Processo pelo qual uma organização escolhe as acções a desencadear de forma a atingir objectivos estabelecidos. (Hill C, Jones G. *Strategic management theory: an integrated approach*. Boston, New York: Houghton Mifflin Company, 2001)

<http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/P/>

Relação de masculinidade

“Quociente entre os efectivos populacionais do sexo masculino e os do sexo feminino (habitualmente expresso por 100 mulheres)”. (cf. *Censos 2001: Resultados Definitivos*, 4º vol. (Lisboa), Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, INE, 2002).

Saúde

De acordo com a definição da OMS "A *Saúde é um estado de bem estar total, físico, mental e social, e não uma mera ausência de doença*", podemos considerar que a saúde está assim sujeita para além dos comportamentos individuais (estilos de vida), a uma complexa interacção de um vasto conjunto de factores externos ao próprio indivíduo (determinantes da saúde).

Serviços de Saúde

Serviços prestados por profissionais de saúde, ou por outros sob sua orientação, com o fim de promover, manter, ou restaurar a saúde. Além dos cuidados possíveis de saúde, os serviços de saúde incluem ainda medidas de protecção comunitária e de educação para a saúde. (Last, J.M.1988), citado por Guerra, (2002).

Sistema De Saúde (Health System)

Os sistemas de saúde são constituídos pelo conjunto de recursos, actores e instituições relacionadas com a regulação, financiamento e realização de acções de saúde. Estas definem-se como sendo aquelas actividades cujo objectivo primário é promover ou proteger a saúde. (Murray & Frenk, A. *WHO framework for health systems performance assessment*, www.who.org)

Taxa bruta de mortalidade

“Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de óbitos por 1000 habitantes)”. (Cf. Anuário Estatístico da Região Lisboa - 2005, INE, Lisboa, 2006).

Taxa bruta de natalidade

“Número de nados-vivos ocorridos durante o ano, referido à população média desse ano (número de nados-vivos por 1000 habitantes)”. (Cf. Anuário Estatístico da Região Lisboa - 2005, INE, Lisboa, 2006).

Taxa de crescimento efectivo

“Variação populacional observada durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa por 100 ou 1000 habitantes)”. (Cf. Anuário Estatístico da Região Lisboa - 2005, INE, Lisboa, 2006).

Taxa de crescimento natural

“Saldo natural observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa por 100 ou 1000 habitantes)”. (Cf. Anuário Estatístico da Região Lisboa - 2005, INE, Lisboa, 2006).

Taxa de fecundidade geral

«Número de nados-vivos ocorridos durante o ano, referido ao efectivo médio de mulheres em idade fecunda (entre os 15 e os 49 anos) desse ano (número de nados-vivos por 1000 mulheres em idade fecunda)». (Cf. Anuário Estatístico da Região Lisboa - 2005, INE, Lisboa, 2006b).

Taxa média de mortalidade infantil

“Número de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de 1 ano por 1000 nados vivos)”. (Cf. Anuário Estatístico da Região Lisboa - 2005, INE, Lisboa, 2006).

Taxa Média De Mortalidade Neonatal

«Número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade por 1000 nados vivos)». (Cf. Anuário Estatístico da Região Lisboa - 2005, INE, Lisboa, 2006).

Urbanita

Indivíduo que habita numa cidade.

ANEXOS

CONCELHO DE ODIVELAS



Breve História do Concelho: A origem do nome Odivelas está como o nome de tantas outras freguesias e concelhos de Portugal, envolto numa lenda que perdura pelos séculos.

Quanto ao nome desta cidade, relata-se que D. Dinis tinha o hábito de se deslocar à noite a Odivelas onde regularmente se encontrava com raparigas do seu agrado. Conta-se que sabendo a rainha o que se passava, certa noite o resolveu esperar e quando este fazia o seu percurso para o encontro, a rainha o interpelou proferindo as seguintes palavras:

"- *Ide vê-las senhor.....*"

Afirma-se que de "Ide vê-las", por evolução, teria surgido o nome Odivelas.

Os filólogos dão porém, outra explicação: a composição da palavra de dois elementos: "**Odi**" e "**Velas**". A primeira é de origem árabe e significa "curso de água". A segunda é de origem latina e refere-se às velas dos moinhos de vento, que existiram nos outeiros próximos e dos quais ainda podem ser observados vestígios. O curso de água ainda hoje se mantém.

Os dólmenes das Pedras Grandes e das Batalhas, na Freguesia de Caneças, o Castro da Amoreira na Freguesia da Ramada, os vestígios romanos encontrados na Póvoa de Santo Adrião, os achados árabes no sub-solo da Paiã, na Freguesia da Pontinha, confirmam o território como uma zona fértil e agradável, onde, ao longo dos séculos, o homem sempre se comprazeu em viver.

Ao que parece, o «*motor de arranque*» do desenvolvimento da região parece ter sido o Rei D. Dinis, ao decidir erguer em Odivelas, um Mosteiro, onde uma plêiade de cultas freiras se fez ouvir para além das grades, quer pelos seus célebres Outeiros, quer pelos livros que escreveu e também atraindo ao Mosteiro e às suas imediações, reis, príncipes e artistas.



Mosteiro de Odivelas

É no Paço de Odivelas, em 1415, que D. Filipa de Lencastre, já no leito de morte, abençoa os três filhos mais velhos (D. Duarte, D. Pedro e D. Henrique) que partem dali, a cavalo, em direcção ao Restelo, onde embarcam para Ceuta.

Em 1534 é no Convento que se representa pela primeira vez, o «Auto da Cananeia», de Gil Vicente, encomendado pela abadessa Violante, irmã de Pedro Álvares Cabral.

Nos arredores, multiplicam-se férteis quintas na Pontinha (na Paiã chegou a haver um cais para escoar os víveres para Lisboa), na Póvoa de Santo Adrião e em Caneças. Os seus proprietários, de uma forma ou de outra, surgem ligados à cultura. É o caso do pintor Vieira Lusitano que foi o centro de uma romântica e atribulada história de amor com uma das filhas dos donos da Quinta dos Falcões, na Pontinha.

Alguns anos mais tarde, será a Póvoa de Santo Adrião, a ter como proprietário de uma das suas quintas, o pintor Pedro Alexandrino que não só deixou algumas obras na igreja local, como as espalhou por Lisboa - na Sé, no Palácio de Queluz e no Museu dos Coches.

A 22 de Junho de 1668, o Padre António Vieira fez um dos seus sermões no Convento de Odivelas.

Almeida Garrett ocupa o preâmbulo da «Lírica de João Mínimo» com uma descrição de um passeio ao Convento, entrecortada por várias dissertações sobre poesia.

A 11 de Maio 1671, Um roubo na Igreja de Odivelas, dá origem a um belo monumento, o «Senhor Roubado», que alguns descrevem como a primeira banda desenhada portuguesa, e que levanta muitas pistas sobre a forte presença da Inquisição na região.

Desconhece-se concretamente a data da construção dos aquedutos de Caneças, mas situa-se por volta da segunda metade do século XVIII. Estes são quatro: o do Olival do Santíssimo, o do Poço da Bomba, o do Vale da Moura e o do Carvalheiro.

Em 1755, o terramoto causa grandes estragos na região mas leva também a que muitos lisboetas se venham fixar na zona, à procura de ares mais saudáveis.

Mais tarde, em 1833, é construído, na Quinta da Pentieira (Freguesia da Pontinha), um cemitério para sepultar as vítimas da cólera.

Até meados do século XIX, Lisboa era uma cidade suja, afectada por numerosas epidemias. Os cidadãos ricos pagavam aos Aguadeiros, entre os quais os de Caneças, para lhes levarem água a casa.

Caneças e as suas águas eram, então, muito apreciadas pela sua qualidade.

Situam-se na freguesia de Caneças um conjunto de Fontes, que comercializaram água e que constituem um marco de uma época e de modos de vida característicos da freguesia, e em sentido mais lato do concelho. A venda da água de Caneças fazia-se através de carroças ou galeras, que transportavam para Lisboa e arredores a água em bilhas de barro, juntamente com as trouxas de roupa das lavadeiras e produtos hortícolas.

Com a extinção das ordens religiosas, a terra perde algum do seu fulgor, mantendo-se no entanto, no início do séc. XX, uma terra procurada para os prazeres do Verão, pelos senhores de Lisboa.

É nesta altura que a vida municipal local se começa a desenvolver. As freguesias de Odivelas e Pontinha fazem parte do Município de Belém, na altura em que este é presidido pelo escritor Alexandre Herculano. Em 1885 as duas freguesias passam a integrar o Município dos Olivais. No ano

seguinte, é instituído o Município de Loures, de que fazem parte algumas freguesias que hoje pertencem ao Concelho de Odivelas. Em 1915 é criada a Freguesia de Caneças.

Começa então a surgir um outro tipo de desenvolvimento, já não assente na agricultura mas na construção de bairros sociais em várias freguesias. A ligação por estrada a Lisboa, leva alguns grupos económicos a comprar na região grandes propriedades, enquanto a alta burguesia compra terrenos que transforma em quintas de férias.

É na Pontinha que, a 25 de Abril de 1974, se instala o Posto de Comando do Movimento das Forças Armadas que instaurará um regime democrático em Portugal. Presentemente, este quartel integra um Núcleo Museológico, criado através de um protocolo estabelecido entre o Regimento de Engenharia N.º 1 e a então Comissão Instaladora do Município de Odivelas.

Na região intensifica-se, a partir de então, o movimento de loteamento de terrenos que modificará profundamente a paisagem local. Nos 25 anos seguintes, aparecem 85 bairros clandestinos. Simultaneamente, com a falta de habitação a preços acessíveis em Lisboa, verifica-se uma explosão da construção civil, surgindo em todas as freguesias do concelho, à excepção da de Famões, grandes urbanizações que se traduzem numa subida relâmpago do número de habitantes, com formas de estar na vida diferentes e mais exigentes daquelas que tinham até aí os habitantes da região.

O Poder político tenta responder a essas aspirações criando as Freguesias da Pontinha (1984), de Olival Basto, da Ramada e de Famões (1989). A Póvoa de Santo Adrião passa a vila em 1986, Odivelas é elevada a cidade em 1990, a Pontinha sobe a vila (1991), o mesmo acontecendo ao Olival Basto em 1997. Neste mesmo ano, um grupo de cidadãos, defendendo um desenvolvimento próprio para a região, cria o «Movimento Odivelas a Concelho».

No dia **19 de Novembro de 1998**, com o voto unânime dos Deputados de todas as forças políticas, a Assembleia da República votava, na especialidade, e em votação final global, o Projecto de Lei da Criação do Município de Odivelas. Ficando este dia, estipulado como **Feriado Municipal**.

No dia 14 de Dezembro de 1998, é publicado no Diário da República, a Lei n.º 84/98, da criação do Município de Odivelas referindo o seu Artigo 1º: "Através do presente diploma é criado o Município de Odivelas, com sede na Cidade de Odivelas, que fica a pertencer ao Distrito de Lisboa".

Em 20 de Janeiro de 1999, a Comissão Instaladora do Município de Odivelas é empossada pelo então Ministro do Equipamento, Planeamento e Administração do Território, Dr. João Cravinho.

Após de 3 anos de administração, a Comissão Instaladora cessa funções, e no seguimento das eleições autárquicas de Dezembro de 2001, toma posse, no dia 4 de Janeiro de 2002, a primeira Câmara Municipal de Odivelas.

A área geográfica de intervenção do centro de saúde é de cerca de 28 km², com uma população residente estimada em 150.000 habitantes, distribuídos por três freguesias (Caneças, Póvoa de St^o Adrião, Olival Basto, Ramada e Odivelas).

Para além das estruturas oficiais de saúde existem ainda na comunidade alguns serviços privados como: consultórios médicos, centros de enfermagem, laboratórios de análises e de exames auxiliares de diagnóstico (RX.), centros de fisioterapia.

Quanto a equipamento de desporto e lazer, existem alguns equipamentos gimnodesportivos (ginásios e piscinas), revelando-se ainda insuficientes para o elevado número populacional.

Também os equipamentos destinados à população idosa reformada são de iniciativa privada e pública, existindo alguns lares com fins lucrativos e algumas IPSS, bem como um lar de internamento e apoio domiciliário dependente do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Existem 3 corporações de bombeiros: na freguesia da Pontinha, Caneças e Odivelas que atendem a população das respectivas freguesias. A inexistência de acordo entre a cooperação de Odivelas e o Sistema Nacional de Saúde dificulta a resposta nesta freguesia, principalmente, à população idosa e de baixos recursos económicos, que não lhe permitem o pagamento imediato (ainda que reembolsado posteriormente).

Apesar dos recursos existentes, estes são insuficientes e por vezes inadequados às necessidades crescentes que decorrem do aumento da população idosa dependente, e, com fraco poder económico para suportar despesas com saúde e apoio social.

Caracterização da Freguesia de Odivelas



“ A origem da povoação de Odivelas está ainda envolta em grossa penumbra que resulta da inexistência de estudos históricos aprofundados sobre a documentação existente. Pensa-se que no sec. XXI, aquando da fundação da nacionalidade, Odivelas seria já um núcleo populacional importante, suposição esta apoiada pela descoberta recente de uma lápide com a inscrição românica de Odivelas, datada desse período”, (Fonte: Brochura concedida e publicada pela Junta de Freguesia de Odivelas, s.d).

A cidade de Odivelas tem por [orago](#) o [Santíssimo Nome de Jesus](#). Antigamente, o orago era o [Menino Jesus](#).



Instituto de Odivelas



Túmulo de D. Dinis

Antes de 1852 a freguesia pertencia ao 4º bairro de Lisboa, passando posteriormente a pertencer ao Concelho de Belém. A partir de 1886, aquando da extinção deste concelho, passou a pertencer à freguesia da Póvoa de Stº Adrião, (Fonte: Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, vol.XIX).



Monumento - Símbolo do Município de Odivelas

Odivelas foi elevada a vila a 3 de Abril de 1964 e á categoria de cidade pelo Decreto – lei 39/90 em Agosto de 1990, pouco depois de Ramada e Famões ganharem autonomia como freguesias, deixando assim, de pertencer á Freguesia de Odivelas . Pela Lei nº84/98 de 14 de Dezembro, na Assembleia da Republica, foi aprovado o novo Município de Odivelas.

A freguesia de Odivelas tem uma área de 5,35km², situando-se na zona ocidental do concelho de Loures, confinando com as freguesias do Lumiar (Lisboa), Póvoa de Santo Adrião, Olival de Basto, Pontinha, Santo António dos Cavaleiros, Ramada e Famões, (Fonte: brochura concedida e publicada pela Junta de Freguesia de Odivelas, s.d.).

Considerada presentemente, como um dos “dormitórios” circundantes de Lisboa, Odivelas foi nas primeiras décadas do século XX, uma zona agrícola, exportando essencialmente laranjas e cebolas, e congregava-se em torno do convento de D. Dinis.

As carreiras de camionetas para Lisboa, surgem nos anos 30, e o processo de industrialização leva, nos anos 40, á formação de núcleos populacionais, provocando um surto de construção de habitação permanente, o qual se intensifica nos anos cinquenta para se agravar na década de sessenta, devido ao crescimento populacional. Esta é a época da sub urbanização de Odivelas, com base na construção de moradias, prédios de habitação, grandes urbanizações e no aparecimento de enorme numero de bairros clandestinos disperso, (fonte : obras Municipais, 1990).

A zona agrícola e as quintas, que tinham começado a desaparecer nos anos 40/50, perdem-se definitivamente nos anos 60.O pequeno médio comércio e industria na área, juntamente com os serviços e comércio em Lisboa, absorvem a mão-de-obra.

Na década de 70, depois de uma fase de plena expansão, o ritmo de crescimento diminui, ainda que mais de 40% dos edifícios tenham sido construídos antes de 1981.

Em 1981, a freguesia contava com 84624 habitantes; no entanto, a criação da freguesia da Pontinha em 1985 e a formação das freguesias de Famões e Ramada em 1989 levaram a uma diminuição do número de habitantes. O censo de 1991 indica que a freguesia conta com 53531 habitantes.Com base no recenseamento eleitoral de 1998 estima-se em 58592 o número de habitantes desta freguesia, (fonte: roteiro de Loures).

A freguesia apresenta uma estrutura etária ainda jovem, com um índice de envelhecimento (relação entre a população jovem) de 14.07 e idade média de 29.5 anos.

Em termos de actividades, predominam largamente, os estabelecimentos do sector terciário, sobretudo comércio, restaurantes e similares, e serviços pessoais e domésticos. Denota-se um importante peso da construção civil, sobretudo de postos de trabalho.

Existe uma forte incidência de desempregados, sobretudo dos que procuram novo emprego. Baixa percentagem de reformados entre a população: 3.8%. Odivelas dispõe de dois Equipamentos Sociais de Apoio aos Idosos.

Caracterização da Freguesia da Ramada



A Freguesia da Ramada foi criada em 25 de Agosto de 1989, pelo decreto-lei N°68/89, envolvendo a população da Freguesia de Loures e Odivelas. A sua área é de 3.9km² e confina com as freguesias de Caneças, Loures, Santo António dos Cavaleiros, Póvoa de Santo Adrião e Famões.

É constituída por 32 bairros e localidades. A freguesia da Ramada confina com a freguesia de Caneças, Santo António dos Cavaleiros, Famões e Sintra. Possivelmente devido á sua posição estratégica de acordo com teorias de investigadores, viveram nesta serra povos que remontam á pré-história. Pensa-se que terão sido os “Alpiarças “, que deram origem aos Lusitanos. Este facto pode ser verificado pela existência de uma estação arqueológica que, segundo alguns será a mais importante do sul do país.

A actividade dos povos mais recentes era a agricultura, predominando a cultura dos cereais. Tinham azenhas e moinhos de vento que ainda hoje existem, estando alguns reconstruídos e em funcionamento.

O censo de 1991 indicou que a população era de 11667 habitantes. Com base no recenseamento de 1997, previa-se que em 1998 a freguesia teria cerca de 18000 habitantes.

A freguesia da Ramada tornou-se numa freguesia predominantemente urbana, existindo numa boa parte só vivendas e noutra edifícios de média e grande dimensão. Neste momento tem predominantemente características de “dormitório”.



Bandeira da freguesia de Ramada

Esta freguesia está em franco progresso, tendo duplicado nos últimos 8 anos.

Prevê-se que este desenvolvimento se mantenha por mais de 6 anos abrandando depois até à estabilização (fonte: Roteiro de Loures).

O grande investimento tem-se verificado no urbanismo residencial ou de serviços, não se podendo desenvolver indústria, para não colocar em risco a boa vivência das populações, devido à poluição.

Actualmente a rede viária é bastante boa. A freguesia é atravessada pela Estrada Nacional 250-2 e pela Radial de Odivelas que comunica com a estrada Nacional 250 e com a Crel. A articulação e acesso entre os vários bairros da freguesia é assegurado por uma rede interna de vias que se encontra em boas condições.

O Concelho de Odivelas está situado no entroncamento de vários eixos centrais viários, tais como:

- o Itinerário Complementar 22 (IC22), também conhecido por Radial de Odivelas;
- a Cintura Rodoviária Interna de Lisboa (IC17-CRIL) que permite o acesso vindo do Sul de Portugal / Algarve, e de Espanha, pela Ponte Vasco da Gama. No outro sentido, permite o acesso a quem vem da Amadora e de Algés.
- a Cintura Rodoviária Externa de Lisboa (A9-CREL) que permite, via Vila Franca de Xira, chegar do norte do País e da Galiza. Permite também, noutro sentido, a chegada a quem vem do Estoril e Cascais pela A5, e também de Sintra pelo IC19.
- o Eixo Norte-Sul permite a entrada em Odivelas a quem vem do Sul de Portugal, Alentejo e Algarve, Espanha, pela Ponte 25 de Abril.

a Auto-Estrada n.º 8 (A8) que faz a ligação entre Leiria e Lisboa (Calçada de Carriche).

Acessibilidades ao Concelho de Odivelas



Quanto aos transportes são assegurados por:

- Táxis
- Metropolitano de Lisboa

Linha Amarela – Estação do Sr. Roubado e estação de Odivelas;

Linha Azul – Estação da Pontinha

- Carris
- Rodoviária

A estrutura etária é jovem, cerca de 50% da sua população tem ocupação no sector terciário, 14% são desempregados e 26% estudantes.

Existem cerca de 3,1% de reformados.

Nesta freguesia existem 2 instituições particulares de solidariedade social, alguns lares de idosos, um núcleo de deficientes profundos e ATLS.

Também se observa preocupação pelas entidades locais de implementação de projectos, que podemos rever a seguir, encontrando-se também em :

Projectos em Curso e/ou em vias de concretização (**Informação em www.redecidadessaudaveis.com**)

PAII - Programa de Apoio Integrado a Idosos

Saúde Sénior - Saber Envelhecer para Melhor Viver

Programa Cuidados Continuados Integrados de Odivelas

Programa de Rastreamentos ao Nível dos Centros de Dia para 3^a Idade

Promoção de Saúde no Deficiente

Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas

ACSMLO - Associação Comunitária de Saúde Mental de Loures Ocidental

Associação Crescer

ACAPO

Dia Mundial da Saúde

Promoção de Saúde na Mulher

Prevenção das Toxicodependências

ESFA - European Smoking Prevention Framework Approach

Diálogos

Jardim de S. José

Santa Maria da Paz

Projecto Cidades Saudáveis

Perfil de Saúde

As Artes da Saúde (Comemorações da Semana da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis)

Prevenção das Doenças Infecto - Contagiosas

Informar para Prevenir sobre VIH SIDA

Posto Móvel de troca de seringas

Saúde Escolar

Prevenção das Doenças Oncológicas

Pirâmide Alimentar

Encontros/Debates sobre temáticas variadas relacionadas com a Saúde

9.2.4. Caracterização da Freguesia de Caneças



No que concerne à Freguesia de Caneças sabe-se que é constituída por dois núcleos populacionais antigos, Lugar D'Além e Vale Nogueira.

Consta da história que o nome da freguesia poderá ter tido duas origens. Dada a existência de vestígios de civilização muçulmana, pensa-se que terá sido fundada por mouros e que o nome terá tido origem árabe “Caniça”, que significa “templo de cristãos.” Por outro lado, o povo diz que vem de “caneca”. Conta-se que andando El-Rei D. Dinis à caça, terá passado nesta povoação, onde pediu que lhe dessem água para matar a sede. Uma mulher da terra trouxe-lhe uma caneca de água fresca da nascente. Como agradecimento por este gesto o monarca quis que a terra se ficasse a chamar Caneca, de onde mais tarde se veio a chamar Caneças.

Graças à relação que a população de Caneças estabelecia com a classe média de Lisboa, os canecences, para obterem recursos monetários, prestavam serviços aos lisboetas vendendo-lhes produtos hortícolas, frutos, gado, queijo, leite e água.



1. Entrega de roupa em carroça numa estalagem do Largo do Rato



Saloio no transporte de água

Até meados do século XIX a água de Caneças era apreciada pelos lisboetas, visto que a sua era imprópria para consumo, e como tal recorriam aos Aguadeiros de Caneças para lhe levarem água a casa.

As fontes de Caneças, Fontainhas, Castanheiros, Piçarras, Passarinhos, Castelo de Vide, Fonte Velha, Fonte Santa e Fonte do Ouro, surgem posteriormente precisamente pela riqueza das suas águas.



Fonte das Fontainhas



Fonte dos Castanheiros



FontedeCastelo-de-Vide



Fonte das Piçarras

Até meados do Séc. XIX, Lisboa era uma cidade suja, afectada por numerosas epidemias. Os cidadãos ricos pagavam aos Aguadeiros, entre os quais os de Caneças, para lhes levarem Água a casa.

Quanto à evolução administrativa, a povoação existe desde 1719. A criação da freguesia deu-se no dia 10 de Setembro de 1915, desmembrada da freguesia de St^a Maria de Loures. Foi elevada a Vila em 16 de Agosto de 1991.

O seu orago é São Pedro.

A Freguesia de Caneças confina com as Freguesias de Famões, Ramada, com o Concelho de Sintra e de Loures.

Com uma área de 5,89 Km² tem, de acordo com os dados dos censos de 2001, 10 647 habitantes. Dados mais recentes (2006) e fornecidos pela Junta de Freguesia, apontam para cerca de 14 000 habitantes.

INDICADORES ESTATÍSTICOS

Indicador	Nº Habitantes
População residente H/M	10647
População residente H	5258
População residente M	

Fonte: INE 2001

Legenda:

H: Homens M: Mulheres

Dados mais recentes de (2006) e fornecidos pela Junta de Freguesia apontam para cerca de 14000 habitantes.

Quando se fala em Caneças, é inevitável referir a vida rural e a cultura saloia que ainda hoje está representada na paisagem bucólica, nas fontes e na gastronomia.

Segundo dados da junta de Freguesia de Caneças, 90% das habitações da freguesia, presentemente, têm saneamento básico (dados cedidos pelo presidente da junta de Caneças).



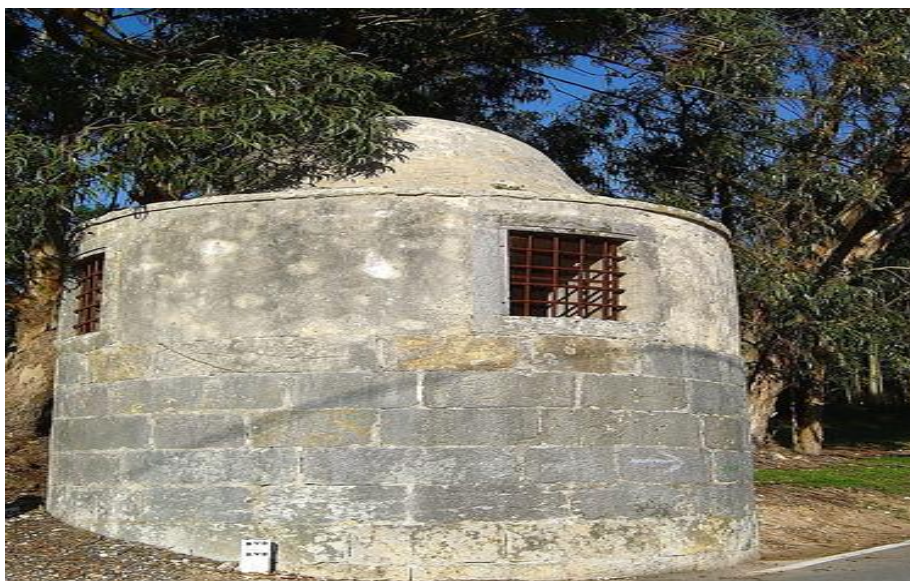
Mê ofício é lavadeira
 Mê amor é aguadeiro
 Ele vai vender a água
 Eu vou entregar a roupa
 Para trazer dinheiro

Lavadeira saloia



A qualidade da água da ribeira de Caneças está ligada às actividades das lavadeiras;
 À roupa que sobretudo vinha de Lisboa, faziam a barrela e coravam para ficar o mais branco possível.

Os Saloios - Aguadeiro e Lavadeira de Caneças



Aqueduto das Águas Livres

Serviços Da Freguesia:

Após o levantamento de informações junto da comunidade, verificámos que na freguesia de Caneças existe uma série de iniciativas que complementam e reforçam esta rede, embora efectivamente nunca sejam as necessárias.

Os projectos e acções são dinamizados por vários agentes, e esta é a realidade que procuraremos conhecer e aprofundar.

No universo das instituições analisadas e existentes na freguesia de Caneças, verificou-se:

Tipos de Entidades	Número
Autarquia	1
Associações de Solidariedade Social	
Entidades Lucrativas	2
Instituições de Organização Religiosa	2
Serviços Sociais	
Outros	

Se organizarmos estas instituições face à sua natureza podemos obter dois grandes grupos:

- * Entidades não lucrativas;
- * Entidades Lucrativas.

9.2.5 Caracterização da Freguesia de Santo Adrião



A Póvoa de Santo Adrião é uma freguesia portuguesa do concelho de Odivelas, com 0,78 km² de área e 14 704 habitantes (2001). A Póvoa de Santo Adrião é uma pequena freguesia que faz fronteira com as freguesias de Odivelas e Olival Basto (no concelho de Odivelas), e com as de Frielas e Santo António dos Cavaleiros (no concelho de Loures).

História: Póvoa de Loures era a primeira povoação com que o forasteiro deparava ao sair das portas de Lisboa e tomar o caminho de Loures. Este lugar encontrava-se à beira da estrada e era constituída por um pequeno grupo de casas. No século XVI a Póvoa de Loures tomou o nome do seu orago, passando a chamar-se Santo Adrião da Póvoa, tornando-se freguesia independente. Conta a história que no tempo de Maximiano, o jovem mártir Adrião de 28 anos e casado com Natália (também venerada pela igreja), aderiu à doutrina cristã, sendo por isso preso e torturado até à morte. Depois de queimado, uma chuva tremenda e um tremor de terra possibilitou aos seus irmãos levar os despojos para Constantinopla e mais tarde para Roma. O nome Santo Adrião é a forma lusa de Adriano, nome latino que deu o único imperador a Roma, também foi nome de seis papas. Este santo também é padroeiro da cidade do Porto." (dados fornecidos pela Junta de Freguesia da Póvoa de Santo Adrião). Ergue-se no núcleo histórico da Póvoa de Santo Adrião, junto à estrada, tendo como fronteira um pequeno jardim.

Esta freguesia foi criada em meados do século XVII, com o nome de Póvoa de Loures, tendo-se desmembrado precisamente da freguesia de Loures. Foi elevada a vila em 23 de Agosto de 1986.



Igreja Matriz Póvoa Stº Adrião



A nave da igreja é forrada com azulejos enxaquetados, e o tecto é de masseira, pintado. O coro alto assenta em duas colunas de mármore vermelho, bases ornadas de losangos. Em frente ao púlpito, encontra-se embutida na parede uma pia de água benta, construção da época quinhentista. No baptistério existe ainda a antiga fonte baptismal de taça facetada, com inscrição datada de 1546.

9.2.6 Caracterização da Freguesia de Olival Basto



O Olival Basto (por vezes também chamado de Olival de Basto) é uma freguesia portuguesa do concelho de Odivelas, com 1,39 km² de área e 6 246 habitantes (2001). O Olival Basto faz fronteira com as freguesias da Póvoa de Santo Adrião e de Odivelas (no concelho de Odivelas), Camarate e Frielas (no concelho de Loures), Ameixoeira e Lumiar (no concelho de Lisboa).

História: Às portas de Carriche e ao longo da Estrada Nacional n.º 8. Estende-se o casario de Olival Basto, cujo nome se deve aos ricos olivais que aqui existiram e dos quais restam algumas centenas de oliveiras, na encosta que vai do Senhor Roubado até ao Vale do Forno. Provenientes de todos os lados, *os "malteses", homens e mulheres, vinham para a apanha da azeitona, à qual na época se dava o nome de "malteses"*.

Para quem se dirige a Lisboa, esta é uma das entradas e aqui existem algumas construções, restos de um pequeno núcleo que se formou, provavelmente, junto ao posto de cobranças das antigas portagens (constituídas entre 1900 e 1902, eram a última fronteira para demarcar o Concelho de Loures). Para transpô-las era necessário pagar uma taxa que vigorou até 1930, sensivelmente. Pelas encostas, à esquerda e à direita, as muralhas do século XIX assinalam os limites de Lisboa. O traçado das modernas vias sacrificou alguns antigos edifícios deste núcleo e as primeiras casas das antigas vilas.

Situado na fronteira de dois concelhos, foi o local escolhido para estação de muda - a Malaposta. A diligência que transportava o correio parava aqui para descanso do pessoal e muda dos animais que a puxavam. Os novos cavalos atrelados à diligência, por estarem folgados, garantiam a velocidade que se desejava, para uma comunicação rápida.

Após ligeiras obras de adaptação, o edifício da Malaposta passou, mais tarde, a matadouro municipal. Com o seu encerramento, o edifício ficou votado ao abandono, por largos anos, o que o degradou bastante.

Na década de oitenta projectou-se para aqui um teatro, obras que se desenvolveram tendo em conta uma proposta cultural que incluía as áreas de produção e formação teatral e, ainda, de animação cultural. O edifício ficou concluído no ano de 1989 tendo-se iniciado as actividades que, até hoje, se têm vindo a realizar. Localiza-se na Rua Angola, ao longo da qual se estendem as vilas que vieram a ser construídas em Olival Basto.

No século XIX a revolução industrial, trouxe à cidade de Lisboa, muitas famílias provenientes de todos os pontos do país. Albergar essas famílias, numa cidade sem estruturas para isso, constituiu um grande problema, uma das vertentes da questão social, que se estendeu até aos dias hoje. A solução de emergência foi abrir, a muitas dessas famílias, as portas dos velhos palácios desabitados há vários anos e em adiantado estado de degradação. Eram os chamados pátios, de que temos inúmeros exemplos, em Lisboa, como o caso de Marvila.

Olival Basto é a freguesia das vilas, por ficar à beira da capital e ser daqui mais fácil a deslocação para o trabalho, construíram-se, com acesso pela Rua Angola, única do primitivo aglomerado, cinco vilas: Vila Carinhas; Vila Gordicho; Vila Amália; Vila Jorge; Vila Ribeiro. Nem todas seriam destinadas a operários fabris pela grande actividade agrícola na lezíria, nomeadamente na Quinta da Várzea, muitos trabalhadores rurais terão habitado algumas das casas destas vilas.

A Quinta da Várzea, no leito das cheias da Ribeira da Póvoa, de solo ubérrimo, produzia hortaliça em abundância, na sua quase totalidade consumida em Lisboa. Hoje, faz parte da Reserva Agrícola Nacional e nela têm vindo a surgir construções que já formam um bairro de génese ilegal.

Esta freguesia foi criada em 1989, por desmembramento da Póvoa de Santo Adrião. Foi elevada a vila em 12 de Julho de 1997.

O seu orago é a Nossa Senhora de Fátima.



MONUMENTO AO SENHOR ROUBADO

(O Monumento ao Senhor Roubado foi edificado em 1774 e tornou-se local de culto).

Conclusões do Perfil de Saúde de Odivelas 2008

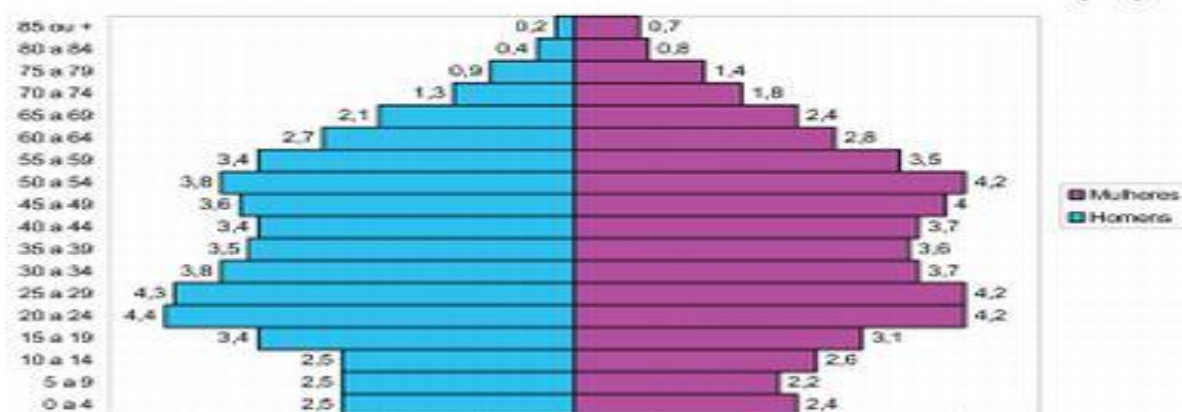
A 22 de Janeiro de 2008 foram apresentadas algumas das conclusões do Perfil de Saúde do Concelho de Odivelas:

- *“Odivelas está a envelhecer, tem equipamentos de saúde com carências cada vez mais graves e um défice de profissionais de saúde, que deixa mais de 35 mil utentes sem médico de família, e de espaços verdes”, (Jornal de Odivelas 2008).*

O concelho de Odivelas é o terceiro com maior densidade populacional na Área Metropolitana de Lisboa, com cerca de cinco mil habitantes por quilómetro quadrado. Em termos de estrutura etária, a faixa dos 0 aos 14 anos representa 14,7% da população e 12% tem mais de 65 anos.

O número de sujeitos com 45 anos está a aumentar o que revela que, apesar de ser ainda um concelho jovem, Odivelas revela sinais de envelhecimento.

Pirâmide Etária do Concelho de Odivelas, 2001 (%)



Relativamente à saúde, o número de médicos por habitante é de 2,2 e de enfermeiros é de 1,3, valores que ficam muito abaixo da média da Grande Lisboa, de 6 e 5,5, respectivamente. Cerca de 35 mil utentes não têm médico de família (valores de 2006, entretanto agravados) e o aumento do número de enfermeiros e médicos nos Centros de Saúde acaba por não ser real porque não estão efectivos.

	2004 (a 31 de Dezembro)		2005 (a 31 de Dezembro)		2006 (a 31 de Dezembro)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com médico de família	121 834	82,3	121 595	79,3	123 727	78,03
Sem médico de família	26 221	17,7	31 653	20,7	34 829	21,97
Total	148 055	100,0	153 248	100,0	158 556	100,0

De salientar ainda que, apenas a Sede/CATUS e a Extensão de Caneças foram edifícios construídos de raiz para o efeito. Os restantes edifícios, foram adaptados, não apresentando as condições ideais de funcionamento. A grande maioria está pouco equipada em termos de salas de espera, gabinetes de consulta e instalações sanitárias e apresenta graves problemas ao nível das acessibilidades.

Em termos ambientais, Odivelas está razoavelmente bem servida no que respeita à qualidade do ar e da água. De destacar ainda, na área do ambiente, que em Odivelas existe um Ecoponto por cada 437 habitantes, sendo que a meta estabelecida pela UE é de um por cada 500. No que diz respeito à área verde por habitante, os valores não são tão animadores. O mais elevado verifica-se na Ramada (6,30m²), embora esteja muito aquém dos valores recomendados, que se situam nos 40 m² por habitante.

Freguesia	m ² /hab.
Caneças	0,85
Famões	2,67
Odivelas	3,55
Olival Basto	4,00
Pontinha	1,28
Póvoa de Santo Adrião	1,71
Ramada	6,30

(Área de espaços verdes per capita, por freguesia)

Odivelas é hoje um concelho menos seguro, de acordo com o perfil, com um total de 4577 crimes em 2006. A Pontinha foi a única freguesia onde este índice diminuiu. Em relação aos alojamentos precários são as freguesias da Pontinha, Odivelas e Póvoa de Santo Adrião que registam mais alojamentos e famílias a viver em condições precárias de habitabilidade.

A nível cultural, o concelho dispõe de 96 equipamentos culturais (dados de Junho de 2007) e o número de iniciativas aumentou em 2006, em relação ao ano anterior.

Em relação aos estilos de vida dos Odivelenses, um inquérito realizado a 209 residentes no concelho revela que a maioria (78,7%) está convicta de que faz uma alimentação saudável, embora os restantes admitam que não têm os cuidados necessários.

Quanto à prática desportiva, metade da população inquirida não faz desporto, sendo as principais causas a falta de tempo e a inexistência de equipamentos adequados.

Se, por um lado, são as mulheres quem mais fuma, por outro, são os homens os que consomem mais bebidas alcoólicas. No que respeita ao consumo de substâncias ilícitas, apenas 2,2% dos inquiridos admitem fazê-lo muito esporadicamente.

No Concelho de Odivelas estão sedeadas algumas ONG's e associações com origem nas comunidades imigrantes e/ou que desenvolvem projectos dirigidos ao apoio às populações Imigrantes e Minorias Étnicas, tais como:

Comunidade Islâmica de Odivelas

Contactos:

Rua Jaime Martins Barata, Lote 190 - 2675 Odivelas .Tel. : 21 931 32 55

Associação Recreativa e Cultural Indo-Portuguesa (ARCIP)

Contactos:

Av. D. Dinis, 43 - 7º Frente - 2675-33

Odivelas Associação dos Residentes Angolanos do Concelho de Odivelas (ARACODI)

Contactos:

Rua João Santos, 75, Piso, n.º 1, Centro Comercial da Arroja, Loja 41 - 2675 Odivelas

Tel.: 21 932 29 21

Magos - Organização dos Amigos de São Gregório Magno, Associação

Contactos:

Paróquia do Santíssimo Nome de Jesus, Rua Alberto Monteiro, s/ n.º

2675-273 Odivelas

Associação dos Crentes Evangélicos Guineenses em Portugal

Contactos:

Rua Alfredo Roque Gameiro, n.º 7 - 1º Frente - 2675 Odivelas

Associação Ciganos de Hoje

Contactos:

Praceta Alice Pestana, n.º 3, 1-B, Arroja - 2675 Odivelas

Comunidade Brasileira

Contactos:

Paróquia do Santíssimo Nome de Jesus, Rua Alberto Monteiro, s/ n.º

2675-273 Odivelas

ANEXO II

Atender com os melhores de (les)
perante o acesso ao arquivo

22-3-07
Conselho.

MARIA MARGARIDA VALE
Directora do Centro de
Saúde de Odivelas

À DIRECÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DE ODIVELAS

Maria José Garcia Gonçalves Pires, Enfermeira, a exercer funções no Centro de Saúde de Odivelas – Cuidados Continuados, mestranda em Comunicação em Saúde na Universidade Aberta, encontrando-se em fase de dissertação, vem por este meio apresentar a Vossa Excelência o seu intuito de desenvolver uma investigação durante este ano, no Concelho de Odivelas, com doentes inscritos neste Centro de Saúde, nas diferentes extensões, sobre Doença Coronária e Qualidade de Vida. Assim, será necessário seguir os passos de uma investigação científica, respeitando as normas da academia científica, atendendo a todos os princípios éticos, garantindo a confidencialidade, usando unicamente os dados para este fim e posterior construção de programas de intervenção nesta área e neste concelho.

Parece-me de todo uma mais valia para a população deste concelho e para possíveis investigações futuras.

Perante o exposto venho solicitar a V. Ex. autorização para a colheita dos dados necessários, nas consultas dos médicos de família e Cuidados Continuados, através da aplicação de questionários.

Fica desde já à disposição da Instituição todos os dados recolhidos, sua análise, conclusões e sugestões.

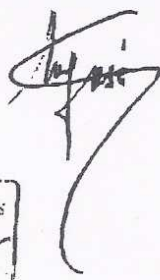
Grata pela atenção

Com os melhores cumprimentos

Pede deferimento

Odivelas, 12 de Março de 2007

Maria José Garcia Gonçalves Pires



Centro de Saúde de Odivelas
15 MAR 07 02021

ANEXO III

Informação Para Consentimento De Entrevista Por Questionário

Maria José Garcia Gonçalves Pires, Enfermeira, pretende fazer um estudo no concelho de Odivelas, que se integra no âmbito do Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta de Lisboa. Tenho como objectivo compreender de que forma os estilos de vida / contextos de vida e vivências têm influência no aparecimento de factores de risco de doença coronária /doença coronária e condicionam a qualidade de vida da população de Odivelas.

Para que este estudo seja possível é necessário a realização de alguns questionários. As informações recolhidas são anónimas, só eu como investigadora terei acesso à sua identificação.

Calculo que a sua participação não excederá os 45 minutos.

Pretendo que as conclusões desta investigação possam vir a contribuir para delinear programas de intervenção comunitária a nível local e assim melhorar a qualidade de vida das pessoas residentes no concelho de Odivelas.

Se concordar em participar, por favor assine no espaço delineado.

Muito obrigada por aceitar dar a sua importante contribuição.

....., tomei conhecimento da finalidade do estudo e do que tenho que fazer para nele participar. Fui esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes.

Assinatura.....

Data..... 29 Setembro 2007

ANEXO IV



VII MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Estamos a realizar um estudo no âmbito do Mestrado em Comunicação em Saúde, relacionado com os factores de risco/doença **coronária**, para avaliar de que maneira os acontecimentos importantes da nossa vida nos afectam e de que forma interferem na qualidade de vida.

Este questionário divide-se em duas partes: a primeira refere-se a itens “**clínicos**” (problemas médicos que vão surgindo ao longo da vida) e a segunda a itens “**comportamentais**” (comportamentos adoptados pelo próprio ao longo da vida) relacionados com a doença .

Cada item contém uma escala, pede-se que escolha só **uma resposta**, a que **melhor traduza a sua opinião** relativamente a cada item, colocando uma cruz, no espaço correspondente. Nos itens comportamentais considere o **0 – nunca, 1 – regularmente, 2 – algumas vezes, 3 – frequentemente, 4 – sempre**.

As suas respostas são anónimas, e destinam-se unicamente ao estudo a realizar.

É a sua opinião, não existem respostas certas ou erradas.

Grata pela sua colaboração.

Data

Código

Extensão.....

Médico de Família.....

Sexo..... **Idade**.....Data de Nascimento

Natural de.....Morada.....Freguesia.....

Estado civil: Casado e ou união de facto Solteiro Viúvo/a Divorciado/a

Idade do conjuge

Numero de Filhos

Com quem habita?.....

Condições habitacionais: Andar Moradia

Tem elevador?

Sim Não

Numero de assoalhadas

Água Luz Esgotos Telefone

Quantas vezes mudou de localidade?

Há quantos anos vive nesta localidade?

Quantas vezes mudou de casa?

Profissão..... Reformado Activo Baixa

O seu rendimento mensal dá-lhe para os seus gastos?

Sim Não Às vezes

Tem ajudas?

De quem?

Sim Não Às vezes

Habilitações Literárias/escolaridade.....

Aos quantos anos deixou de estudar?

Religião..... Pratica?

Sim Não Às vezes

Diagnóstico.....

FACTORES DE RISCO PARA A DOENÇA CORONÁRIA

Itens Clínicos

1 - Ter antecedentes familiares - Hereditariedade

(Ter na família, pai, mãe, irmãos com problemas cardíacos).

Sim Não Não sei

2 - Ter diabetes mellitus (açúcar no sangue ou na urina), aumentados.

Sim Não Não sei

3 - Pesar mais do que o normal, para a sua altura - Obesidade.

Sim Não Não sei

4 - Ter hipercolesterolemia (níveis de colesterol no sangue elevados).

Sim Não Não sei

5 - Ter hipertensão (tensão arterial elevada).

Sim Não Não sei

Itens Comportamentais

6 - Tabaco (fumo (ei) mais de 5 cigarros por dia, durante alguns anos)

0 1 2 3 4

7 - Se mulher: tomo (u) anti concepcionais orais (pílula) há (em anos).

Nunca ; ≤5; 5-10; 10-20; + 20

8 - Consumo regularmente gorduras, (manteiga, óleos, azeite, carne ou peixe gordos).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

9 - Ingiro álcool em excesso (bebidas alcoólicas fermentadas ou alcoólicas destiladas, mais de 2 copos por dia).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

10 - Tenho, (tive) excesso de trabalho (mais de 8h/dia).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

11 - Pratico actividade física regularmente (3 a 4 vezes por semana).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

12 - Desloco-me sempre de carro ou de transporte público.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

13 - Tenho (tive), um trabalho sedentário (maior parte do tempo sentado à secretária).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

14 - Os tempos livres são principalmente ocupados com actividades sedentárias: (ver televisão, ler, cinema, computador).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

15 - Falta-me tempo para o lazer/relaxação (fazer coisas que gosto).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

16 – Estou (estive) sujeito muitas vezes a situações de stress:
- trabalho /casa.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

17 - Durmo menos de 6 horas ou mais de 8 horas diárias.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

18 - Quero fazer muita coisa em pouco tempo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

19 - Sinto-me muitas vezes deprimido.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

20 - Sinto-me triste.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

21 - Sinto-me desencorajado quanto ao futuro.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

22 - Não gosto das coisas da maneira como costumava gostar.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

23 - Sinto-me culpado (a) boa parte do tempo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

24 - Choro mais agora do que costumava fazer.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

25 - Actualmente sinto-me irritado (a) todo o tempo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

26 - Interesso-me menos pelas outras pessoas do que era costume.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

27 - Tenho mais dificuldade em tomar decisões.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

28 - Sinto-me muitas vezes ansioso.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4

- 29 – Sinto-me bem.
0 1 2 3 4
- 31 – Sinto-me frustrado perante o insucesso.
0 1 2 3 4
- 32 – Falta-me auto-confiança.
0 1 2 3 4
- 33 – Sinto-me inseguro.
0 1 2 3 4
- 34 – As contrariedades afectam-me de modo tão intenso
que não consigo afastá-las da cabeça.
0 1 2 3 4
- 35 - Tenho regularmente problemas financeiros.
0 1 2 3 4
- 36 - Sinto-me muitas vezes isolado socialmente
(sem amigos ou com quem possa contar nas alturas difíceis).
0 1 2 3 4
- 37 – Tenho, (tive) de mudar de casa várias vezes.
0 1 2 3 4
- 38 – Tenho (tive) de mudar de emprego assiduamente.
0 1 2 3 4
- 39 – Sinto que posso contar com o apoio da família
quando necessito.
0 1 2 3 4

40 – Sinto que posso contar pouco com o apoio dos meus colegas ou superiores no trabalho.

0 1 2 3 4

41 - Estou sempre a tentar ultrapassar-me, sujeito-me a riscos e enfrento os desafios.

0 1 2 3 4

42- Frequentou ou frequenta algum programa de intervenção em saúde?

Sim Não

43- Se sim, qual ou quais?

Agora tem um par de alternativas denominadas **A** e **B**. Seleccione uma afirmação de cada par (**só uma**), a que achar que melhor representa o que pensa, colocando um circulo em redor da letra A ou B.

<p><input type="checkbox"/> 1 A – Muitas coisas ruins que ocorrem na vida das pessoas são parcialmente devidas ao azar.</p>	<p>B – Os infortúnios são resultado dos erros que as pessoas cometem.</p>
<p><input type="checkbox"/> 2 A – Frequentemente percebo que o que tiver que ser, será.</p>	<p>B – Acreditar em destino nunca resolveu para mim tão bem quanto tomar uma decisão para um curso de acção definido.</p>
<p><input type="checkbox"/> 3 A – Quando eu faço planos, quase sempre tenho a certeza de que posso executá-los.</p>	<p>B – Nem sempre se pode levar os planos adiante porque muitas coisas que acontecem são imprevisíveis.</p>
<p><input type="checkbox"/> 4 A – O que me acontece depende de mim.</p>	<p>B – Muitas vezes sinto que não estou controlando o rumo que as coisas estão tomando na minha vida.</p>
<p><input type="checkbox"/> 5 A – Para mim obter o que quero tem pouco ou nada a ver com sorte.</p>	<p>B – Muitas vezes, podemos tomar uma decisão no “ cara ou coroa”.</p>

ANEXO V

WHOQOL : A versão em português dos instrumentos WHOQOL foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. Participaram deste projecto, nas suas diferentes etapas, o Dr. Sérgio Louzada, Dra. Marta Xavier, Antropóloga Ondina Leal, Dr. Flávio Shansis, Dr. Eugênio Grevet, Dra. Luciana Parizotto , Ddo. Eduardo Chachamovich, Dda. Lyssandra dos Santos, Ddo. Guilherme Mello Vieira, Dda. Vanessa Pinzon, Dra. Mariana Tatsch e Dra. Betina Teruchkin, para a Organização Mundial de Saúde.

Apesar de não existir um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida foram obtidos através de um grupo de experts de diferentes culturas: (1) subjectividade; (2) multidimensionalidade (3) presença de dimensões positivas (por ex. mobilidade) e negativas (por ex. dor).

O desenvolvimento destes elementos conduziu à definição de qualidade *de vida* como "*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*" (WHOQOL GROUP, 1994). O reconhecimento da multidimensionalidade do construto reflectiu-se na estrutura do instrumento baseada em 6 domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais.

Domínios e Facetas do Whoqol:

Domínio I – Domínio físico: 1. Dor e desconforto; 2. Energia e fadiga; 3. Sono e repouso.

Domínio II – Domínio psicológico; 4. Sentimentos positivos; 5. Pensar, aprender, memória e concentração; 6. Auto-estima; 7. Imagem corporal e aparência; 8. Sentimentos negativos.

Domínio III – Nível de Independência: 9. Mobilidade; 10. Actividades da vida quotidiana; 11. Dependência de medicação ou de tratamentos; 12. Capacidade de trabalho.

Domínio IV – Relações sociais: 13. Relações pessoais; 14. Suporte (Apoio) social; 15. Actividade sexual.

Domínio V – Ambiente: 16. Segurança física e protecção; 17. Ambiente no lar; 18. Recursos financeiros; 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); 23. Transporte.

Domínio VI – Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais: 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais.

O *WHOQOL-bref* consta de 26 questões, sendo duas, questões gerais, e as outras 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do *WHOQOL-100* em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no *WHOQOL-bref* é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes.

O critério de selecção das questões foi tanto psicométrico como conceptual. No nível conceptual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS de que o carácter abrangente do Instrumento deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (*O WHOQOL-100*) deveria ser representado por uma questão. No nível psicométrico foi então seleccionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o score total, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens seleccionados foram examinados por um painel de espertes para estabelecer se representavam conceptualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens seleccionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio Meio - ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio *Psicológico*. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão.

Uma análise factorial confirmatória foi realizada para uma solução a quatro domínios. Assim o **WHOQOL-BREF** é composto por 4 domínios:

- Físico, constituído pelos itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18;
- Psicológico, constituído pelos itens 5, 6, 7, 11, 19 e 26;
- Relações Sociais, constituído pelos itens 20, 21 e 22;
- Meio ambiente, constituído pelos itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25.

A avaliação global de cada um dos domínios é dada pela média dos itens que os constituem, multiplicada por 4. De referir que os itens 3, 4 e 26 foram recodificados, (passando de 1 a 5 para 5 a 1) uma vez que o melhor “caso” é o que deve ter maior *score*.

Todo o questionário é referente às duas últimas semanas, independente do local onde o indivíduo se encontre.

O questionário é de auto-resposta. O entrevistador não deve influenciar o indivíduo na escolha da resposta. Não deve discutir as questões ou o significado destas, nem da escala de respostas. No caso de dúvida o entrevistador deve apenas reler a questão de forma pausada para o entrevistado, evitando dar sinónimos. Insistir que é importante a sua interpretação, da pergunta proposta. Em casos de impossibilidade (analfabetismo, deficiência visual importante, falta de condição clínica...) o instrumento pode ser aplicado pelo entrevistador, devendo ser redobrados os esforços para evitar a influência sobre as respostas do indivíduo.

Caso o indivíduo, por algum motivo não deseje responder a uma questão (por exemplo, não entender a questão após as medidas já descritas ou se opuser a marcar sua escolha), deve ser assinalado um código próprio. Este código diferencia as questões que eventualmente o paciente se possa ter esquecido de responder.

Ao terminar o questionário, verificar se o entrevistado não deixou nenhuma questão sem resposta e se marcou somente uma alternativa por questão.

Este questionário foi adaptado á língua portuguesa pela autora da investigação recorrendo a um informador qualificado na tradução do brasileiro para obter melhor perceptibilidade para os portugueses, sem alterações do significado das questões. Foram realizados três pré testes, sem dificuldades de compreensão.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA WHOQOL – ABREVIADO (1998)

Instruções					
Este questionário é sobre como você se sente a respeito da sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se não tem a certeza que resposta dar nalguma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.					
Por favor tenha em mente os seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Estamos a perguntar o que acha da sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas .					
Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:					
Recebe dos outros o apoio que necessita?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

Deve fazer um círculo em redor do número que melhor corresponda ao quanto recebe dos outros o apoio que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto deverá fazer um círculo em redor do número 4 se recebeu “muito” apoio como está no quadro anterior.

Deve fazer um círculo no número 1 se não recebeu nada de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

1	Como avalia a sua qualidade de vida?	Muito má	Má	Nem má nem boa	Boa	Muito Boa
		1	2	3	4	5

2	Quanto satisfeito(a) está com a sua saúde?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida acha que a sua dor (física) o impede de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5
4	Quanto necessita de algum tratamento médico para realizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	Quanto aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	Quanto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quanto seguro se sente na sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quanto saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atractivos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam quanto completamente se tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Tem energia suficiente para o seu dia -a- dia?	1	2	3	4	5
11	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quanto disponíveis para si estão as informações que precisa no seu dia -a - dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida tem oportunidade de actividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quanto bem ou satisfeito se sentiu a respeito de vários aspectos da sua vida nas últimas duas semanas.						
		Muito pouco	Pouco	Nem muito Nem pouco	Bastante	Muito bem
15	Como é capaz de se movimentar?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quanto satisfeito(a) está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quanto satisfeito(a) está com a sua capacidade de desenvolver as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quanto satisfeito(a) está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quanto satisfeito(a) está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quanto satisfeito(a) está com as suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quanto satisfeito(a) está com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quanto satisfeito(a) está com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quanto satisfeito(a) está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quanto satisfeito(a) está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quanto satisfeito(a) está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência tem sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém o ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo levou para preencher este questionário?.....

Têm algum comentário sobre o questionário?.....

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO VI

Inventário Depressivo De Beck (BDI), (1961), no nosso País, aferido pelo professor Dr. Adriano Vaz Serra (1985).

- O Inventário Depressivo de Beck, surge em 1961 nos Estados Unidos, tendo sido elaborado por Beck, para avaliar a intensidade da depressão.
- Após a aferição no nosso País, A. Vaz Serra, 1985, considerou a seguinte classificação:

BDI.....	DEPRESSÃO, GRAU
0-12.....	AUSÊNCIA DE DEPRESSÃO
12-18.....	DEPRESSÃO LEVE OU BRANDA
18-24.....	DEPRESSÃO MODERADA
+24.....	DEPRESSÃO SEVERA OU GRAVE

Este inventário traduz numericamente o nível da intensidade depressiva nas vertentes afectiva, cognitiva, motivacional, e nos sintomas fisiológicos de depressão.

Possibilita uma medida estandardizada independente da orientação tomada pelo entrevistador.

É útil para estudos comparativos.

É um processo mais económico do que a entrevista clínica e pode ser treinado por pessoal minimamente orientado ou pode mesmo ser auto-administrado.

Permite avaliar objectivamente a evolução resultante de um tratamento, como por exemplo: terapia medicamentosa.

O resultado total representa a combinação do número de categorias de sintomas de que é composto e a intensidade dos sintomas particulares.

A escala é constituída por 21 grupos de sintomas:tristeza, pessimismo, sentimentos de fracasso, insatisfação, culpabilidade, ódio a si próprio, auto-acusações, crises de choro, desejos de auto-punição, irritabilidade, afastamento social, indecisão, imagem corporal, incapacidade de trabalho, perturbações do sono, fadiga, perda de apetite, hipocondria, perda de peso e perda de libido.

Cada sintoma é classificado pelo doente numa escala de 0 a 3 (0 = ausência do sintoma; 1 = sintomas ligeiros; 2 = sintomas moderados; e 3 = sintomas graves); na escala global (0-63) inclui-se o somatório dos resultados obtidos na totalidade dos sintomas.

Serra e Abreu (1973), na aferição portuguesa para doentes deprimidos concluiu-se que a depressão ligeira teria resultados entre 10 e 20; a moderada entre 21 e 28 e a grave valores superiores a 28.

O Inventário Depressivo de Beck (B.D.I - revisão de 1973, versão experimental traduzida por McIntyre & McIntyre, 1995). Tem como objectivo avaliar a sintomatologia depressiva, através de sintomas de natureza afectiva, cognitiva, motivacional, física e funcional (sono, apetite, peso e libido). É constituído por 21 itens, cada um com quatro afirmações ordenadas segundo a severidade do sintoma, de zero, correspondente a nenhuma gravidade, a três, indicando severidade. Os valores de corte que iremos utilizar nesta investigação, são os sugeridos por Gouveia (1990), sendo, para os leve ou moderadamente depressivos um valor igual ou superior a 10 e inferior a 30 e, para os severamente deprimidos, uma cotação igual ou superior a 30.

Inventário de Depressão de Beck

Nome: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____ Data de aplicação: _____ Pontuação: _____

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

- | | |
|---|---|
| 1. | 6. |
| 0 Não me sinto triste. | 0 Não me sinto que esteja a ser punido(a). |
| 1 Sinto-me triste. | 1 Sinto que posso ser punido(a). |
| 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. | 2 Sinto que mereço ser punido(a). |
| 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. | 3 Sinto que estou a ser punido(a). |
| 2. | 7. |
| 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro. | 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a). |
| 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro. | 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a). |
| 2 Sinto que não tenho nada a esperar. | 2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a). |
| 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar. | 3 Eu odeio-me. |
| 3. | 8. |
| 0 Não me sinto fracassado(a). | 0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa. |
| 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio. | 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros. |
| 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos. | 2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas. |
| 3 Sinto que sou um completo fracasso. | 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem. |
| 4. | 9. |
| 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes. | 0 Não tenho qualquer ideia de me matar. |
| 1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter. | 1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar. |
| 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa. | 2 Gostaria de me matar. |
| 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo. | 3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade. |
| 5. | 10. |
| 0 Não me sinto particularmente culpado(a). | 0 Não costumo chorar mais do que o habitual. |
| 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo. | 1 Choro mais agora do que costumava fazer. |
| 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo. | 2 Actualmente, choro o tempo todo. |
| 3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo. | 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira. |

11.
0 Não me irrito mais do que costumava.
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.
0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.
0 Tomo decisões como antes.
1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.
0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
3 Considero-me feio(a).

15.
0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.
0 Durmo tão bem como habitualmente.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.
0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.
1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.
2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.
0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
2 O meu apetite, agora, está muito pior.
3 Perdi completamente o apetite.

19.
0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 kg.
2 Perdi mais de 5 kg.
3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.
Sim _____ Não _____

20.
0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.
0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.
2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.
3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total: _____

Classificação: _____

ANEXO VII

Escala De Ansiedade De Spielberger (STAI)

A Escala de Ansiedade de Spielberger (STAI) é uma escala de auto-avaliação constituída por dois questionários destinados a medir dois conceitos distintos de ansiedade: um destinado a avaliar a forma “como se sente habitualmente “(Ansiedade Traço) e outro, a forma “como se sente neste momento” (Ansiedade Estado).

Spielberger descreve com detalhe estes dois conceitos que passamos a descrever; a ansiedade estado refere-se a uma reacção emocional transitória que é acompanhada de tensão e apreensão e elevada actividade do sistema nervoso autónomo, esta reacção pode variar e flutuar ao longo do tempo.

Segundo o autor, a ansiedade traço, refere-se a relativamente estáveis diferenças na ansiedade lactente, assim, as pessoas com níveis altos de ansiedade traço estão predispostas a perceber uma larga gama de situações estimulantes como perigosas e ameaçadoras e dessa forma, a responder a essas “ameaças” com elevação dos seus níveis de ansiedade traço. Em geral espera-se que aqueles que têm valores altos em ansiedade traço mostrem elevada ansiedade estado com maior frequência do que indivíduos de ansiedade traço baixo, porque têm a tendência para reagir a um maior leque de situações consideradas de perigo ou ameaçadoras.

A STAI pode apresentar-se de duas formas, a X e a Y que diferem entre si apenas na natureza dos adjectivos escolhidos como potenciais indicadores dos sentimentos e emoções reveladores do estado de ansiedade do individuo. Contudo, é de referir que esta escala faz apelo apenas aos aspectos psíquicos de ansiedade, não abordando a sua vertente somática.

A forma por nós adoptada foi a Y, traduzida por Américo Baptista (1986) do *Consulting Psychologists Press*, que é constituída, por duas sub-escalas como referimos, Y-1 (A-trait) destinada a medir a ansiedade-traço e a Y-2 (A-state) para avaliar a ansiedade estado. Ambas as sub-escalas são constituídas por 20 itens, sendo cada item pontuado numa escala de 1 a 4. O valor 4 indica a presença do nível máximo da ansiedade em 10 itens da ansiedade estado e 11 da ansiedade traço. As notas globais de escala podem variar de 20 a 80 pontos.

Aplicação Do Teste

- O STAI foi concebido para ser auto-administrado.
- Embora muitos itens possuam valor real como medidas de “ansiedade”, o examinador não deve usar este termo ao administrar o inventário.

Na padronização do STAI a Escala de Ansiedade Estado (forma Y-1) foi dada em primeiro lugar, seguida de Ansiedade Traço (forma Y-2). Esta ordem é recomendada quando ambas as escalas são apresentadas em conjunto.

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Self - Evaluation Questionnaire

Desenvolvido por Charles D. Spielberger

em colaboração com

R.L.Gorsuch, R. Lushene, P. R. Vogg e C.A. Jacobs

STAI forma Y-1

Sexo : M F

Código - 102

Data 02 / 01 / 10

Instruções: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica **como se sente neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira **como se sente agora**.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1 Sinto-me calmo	1	2	3	4
2 Sinto-me seguro	1	2	3	4
3 Estou tenso	1	2	3	4
4 Sinto-me cansado	1	2	3	4
5 Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6 Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7 Presentemente preocupo-me com possíveis desgraças	1	2	3	4
8 Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9 Sinto-me amedrontado	1	2	3	4
10 Sinto-me confortável	1	2	3	4
11 Sinto-me auto-confiante	1	2	3	4
12 Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13 Sinto-me trémulo	1	2	3	4
14 Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15 Sinto-me descontraído	1	2	3	4
16 Sinto-me contente	1	2	3	4
17 Estou preocupado	1	2	3	4
18 Sinto-me confuso	1	2	3	4
19 Sinto-me firme	1	2	3	4
20 Sinto-me bem	1	2	3	4

Tradução portuguesa : Américo Baptista, 1986.

Consulting Psychologists Press

577 College Avenue, Palo Alto, California 94306

STAI forma Y-2

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
21 Sinto-me bem	1	2	3	4
22 Sinto-me nervoso e agitado	1	2	3	4
23 Sinto-me satisfeito comigo mesmo	1	2	3	4
24 Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
25 Sinto-me falhado	1	2	3	4
26 Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
27 Estou "calmo, fresco e concentrado"	1	2	3	4
28 Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar	1	2	3	4
29 Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
30 Estou feliz	1	2	3	4
31 Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
32 Falta-me auto-confiança	1	2	3	4
33 Sinto-me seguro	1	2	3	4
34 Tomo decisões facilmente	1	2	3	4
35 Sinto-me inadequado	1	2	3	4
36 Sinto-me contente	1	2	3	4
37 Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam	1	2	3	4
38 As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha cabeça	1	2	3	4
39 Sou uma pessoa firme	1	2	3	4
40 Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais	1	2	3	4

Tradução portuguesa : Américo Baptista, 1986.

Consulting Psychologists Press
577 College Avenue, Palo Alto, California 94306

ANEXOVIII

ANEXO VIII

Sintaxe SPSS - WHOQOL - bref QUESTIONNAIRE

Download:

* [Versão Acrobat Reader](#) (.PDF) 7Kb

**STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING FACET AND DOMAIN SCORES**

Recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

(scores based on a 4-20 scale)

compute dom 1= (mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)) * 4.

compute dom 2= (mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, q26)) * 4

compute dom 3= (mean.2 (q20,q21,q22)) * 4

compute dom 4= (mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)) * 4

compute overall= (mean.2 (q1, q2)) * 4

(scores transformed to a 0-100 scale)

compute dom1b= (dom1 - 4) * (100/16).

compute dom2b= (dom2 - 4) * (100/16).

compute dom3b= (dom3 - 4) * (100/16).

compute dom4b= (dom4 - 4) * (100/16).

compute q1b= (q1 - 1) * (100/16).

compute q2b= (q2 - 1) * (100/16).

COMO PONTUAR O WHOQOL-BREF E O WHOQOL-100

Os escores deverão ser pontuados utilizando o programa estatístico SPSS. A sintaxe necessária para realizar os cálculos encontra-se disponível nos itens ["8.6 Sintaxe SPSS - WHOQOL-100"](#) e ["8.7 Sintaxe SPSS - WHOQOL-bref"](#).

Desaconselhamos a pontuação manual, por aumentar a margem de erros no cálculo dos escores.

Não há até o momento dados normativos populacionais dos escores do WHOQOL.

ANEXO IX

Naturalidade		
	Nº respostas	Percentagem
Não respondeu	1	1,0
Águas Belas - Guarda	1	1,0
Alcácer do Sal	1	1,0
Almeida	1	1,0
Amadora	1	1,0
Angola	2	2,0
Aranhas - Penamacor	1	1,0
Arcos de Valdevez	1	1,0
Arega	1	1,0
Arroios	1	1,0
Braga	2	2,0
Bragança	1	1,0
Cabo Verde	3	3,0
Cadaval	1	1,0
Caneças	1	1,0
Castelo Branco	2	2,0
Castelo Novo	1	1,0
Coimbra	1	1,0
D. Maria	1	1,0
Elvão da Beira	1	1,0
Elvas	1	1,0
Estremoz	2	2,0
Ferreira do Zezere	1	1,0
Freixianda - Ourém	2	2,0
Fundão	1	1,0
Goa	1	1,0
Grândola	1	1,0
Granja - Viseu	1	1,0
Guarda	1	1,0
Guimarães	1	1,0
Idanha a Nova	1	1,0
Idanha-a-Velha	1	1,0
Lisboa	14	14,0
Macedo – Viseu	1	1,0
Madeira	2	2,0
Mangualde	1	1,0
Meda Mouros	2	2,0
Minas de S. Domingos - Alentejo	1	1,0
Moçambique	2	2,0

Monsanto	1	1,0
Monte do Trigo – Évora	1	1,0
Montemor-o-Novo	1	1,0
Odivelas	1	1,0
Oledo - Idanha-a-Nova	1	1,0
Olival de Basto	1	1,0
Ovar	1	1,0
Paredes de Coura	1	1,0
Pombal	1	1,0
Pontinha	1	1,0
Portalegre	1	1,0
Portel	1	1,0
Porto	1	1,0
Proença-a-velha	1	1,0
Rio de Couros – Ourém	1	1,0
Rio Maior	1	1,0
S. Paio Água Longa	1	1,0
Santa Isabel	1	1,0
Sertã	2	2,0
Sines	1	1,0
Sobreira Formosa - Proença-a-Nova	1	1,0
Sorval - Guarda	1	1,0
Souto - Abrantes	1	1,0
Tomar	2	2,0
Torres Novas	1	1,0
Troviscal - Sertã	1	1,0
Viana do Castelo	1	1,0
Vila Nova de Foz Côa	1	1,0
Vila Real	2	2,0
Vila Verde - Braga	1	1,0
Viseu	5	5,0
Total	100	100,0

Quantas vezes mudou de localidade?

	Nº resp.	%	% acumulada
0	2	2,0	2,0
1	19	19,0	21,0
2	12	12,0	33,0
3	25	25,0	58,0
4	19	19,0	77,0
5	11	11,0	88,0
6	4	4,0	92,0
7	4	4,0	96,0
8	1	1,0	97,0
9	2	2,0	99,0
22	1	1,0	100,0
Total	100	100,0	

ANEXO XI

Profissão		
	Nº respostas	Percentagem
Não respondeu	5	5,0
Agricultor	2	2,0
Artesão	1	1,0
Auxiliar administrativa	1	1,0
Auxiliar de Acção Médica	1	1,0
Auxiliar hospitalar	1	1,0
Barbeiro	1	1,0
Canalizador	1	1,0
Canalizador de gaz	1	1,0
Carpinteiro	2	2,0
Carteiro	1	1,0
Chefe da Rodoviária	1	1,0
Chefe de secção	1	1,0
Comerciante	2	2,0
Construtor civil	1	1,0
Cortador	1	1,0
Costureira	6	6,0
Cozinheira	3	3,0
Distribuição	1	1,0
Doméstica	11	11,0
Eltricista	1	1,0
Empregada de refeitório; Trabalho manual de Yoyos	1	1,0
Empregada doméstica	2	2,0
Empregada fabril	2	2,0
Empregado comercial	1	1,0
Empregado de balcão	1	1,0
Empregado Logística	1	1,0
Empresa cartuxos de caça	1	1,0
Enfermeira	2	2,0
Estucador	2	2,0
Funcionária da Câmara Municipal	1	1,0
Funcionária pública	1	1,0
Funcionária pública - Assistente Administrativa Especialista	1	1,0
Funcionário público	1	1,0
Gerente de restaurante	1	1,0
Gerente Volkswagen	1	1,0
Guarda-freio Carris	1	1,0
Indústria hoteleira	1	1,0
Instrutor de motoristas	1	1,0
Ladrilhador	1	1,0

Lubrificador de automóveis	1	1,0
Marinha	1	1,0
Mecânico de automóveis	1	1,0
Modista	1	1,0
Motorista	2	2,0
Motorista da Carris	2	2,0
Motorista da Rodoviária	1	1,0
operadora 1ª caixa	1	1,0
Operadora especializada	1	1,0
Padeiro	1	1,0
Pedreiro	2	2,0
Pescador	1	1,0
Pintor da construção civil	1	1,0
Polícia	1	1,0
Porteira	1	1,0
Porteiro	1	1,0
Professora do Ensino Básico	1	1,0
Segurança privada	1	1,0
Serralheiro Bancada	1	1,0
Técnico de Telefones	1	1,0
Telefonista	1	1,0
Trabalhador da construção civil	3	3,0
Trabalhador das oficinas da Carris	1	1,0
Trabalho Laboral	1	1,0
Trabalho rural	1	1,0
Vendedora	1	1,0
Vigilante	1	1,0
Total	100	100,0

ANEXO XII

Diagnóstico	Nº resp.
Angina de peito; Angioplastia; Hipertensão arterial; Diabetes tipo II; Insuficiência Vascular Periférica	1
Angina de peito; Enfarte do Miocárdio; Diabetes tipo II; Hipercolestorelémia; Hipertensão arterial; Obesidade; Doença vascular periférica	1
Angina de peito; Hipercolestorelémia; Stress	1
Angina de peito; Hipercolestorelémia; Stress; Obesidade	1
Angina de peito; Hipertensão arterial; Diabetes tipo II; Hipercolestorelémia	1
Angina de peito; Hipertensão arterial; Diabetes tipo II; Obesidade; Hipercolestorelémia	1
Angina de peito; Hipertensão arterial; Stress; Obesidade	1
Angina de peito; Taquicardia Supra-ventricular; Stress; Hipercolestorelémia	1
Angioplastia das artérias coronárias; Hipertensão arterial; Diabetes tipo II	1
Arritmia Cardíaca (Pace Maker), Insuficiência cardíaca e Pulmonar; Diabetes; Doença vascular periférica	1
By-Pass Aorto Coronário; Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia	2
Diabetes Mellitus tipo II, Hipercolestorelémia, Hipertensão arterial, Angina de Peito	1
Diabetes Mellitus tipo II, Hipercolestorelémia, Hipertensão arterial, Obesidade	1
Diabetes Mellitus tipo II, Hipercolestorelémia, Hipertensão arterial, Stress	1
Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensão arterial, Obesidade, Angina instável	1
Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensão Arterial, Stress	1
Diabetes Mellitus tipo II, Stress; Obesidade; Hipercolestorelémia	1
Diabetes tipo I (insulinodependente)	1
Diabetes tipo I; Hipertensão arterial; Angina de peito; Hipercolestorelémia; Obesidade; Stress	1
Diabetes tipo II, By Pass Aorto Coronário, Hipercolestorelémia	1
Diabetes tipo II, Hipercolestorelémia, Obesidade	1
Diabetes tipo II, Hipercolestorelémia; Hipertensão arterial; Angina de peito	1
Diabetes tipo II, Hipertensão arterial, Depressão, Angina instável	1
Diabetes tipo II, Hipertensão arterial, Stress	1
Diabetes tipo II, Obesidade, Hipertensão arterial, Hipercolesterolemia	1
Diabetes tipo II, Obesidade, Hipertensão arterial, Stress, Hereditariedade	1
Diabetes tipo II; Doença Vascular Periférica; Hipercolestorelémia; Hipertensão arterial	1
Diabetes tipo II; Hereditariedade; Hipercolestorelémia; Hipertensão arterial; Angina de peito	1
Diabetes tipo II; Hereditariedade; Obesidade; Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia; Angina de peito	1
Diabetes tipo II; Hereditariedade; Stress; Angina de peito	1
Diabetes tipo II; Hipercolestorelémia; Hipertensão arterial; Stress	1
Diabetes tipo II; Hipercolestorelémia; Stress	1
Diabetes tipo II; Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia	1
Diabetes tipo II; Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia, By Pass Aorto Coronário	1
Diabetes tipo II; Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia; Insuficiência vascular periférica	1
Diabetes tipo II; Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia; Obesidade; Enfarte do Miocárdio	1

Diabetes tipo II; Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia; Sopro Cardíaco; Angina de peito	1
Diabetes tipo II; Hipertensão arterial; Hiperdislipidémia	1
Diabetes tipo II; Hipertensão arterial; Obesidade; Hipercolestorelémia; Hereditariedade; Angina de peito	1
Diabetes tipo II; Hipertensão arterial; Stress; Angina de peito	1
Diabetes tipo II; Obesidade; Angina de peito	1
Diabetes, Colesterol, Hipertensão arterial, Angina de peito	1
Diabetes, Colestorelémia, Hipertensão arterial, Obesidade	1
Diabétes, Dislipidémia, Doença circulatória, Stress	1
Diabetes, Hipertensão Arterial, Hipercolestorelémia, Stress,, Enfarte agúdo do Miocárdio, Paragem cardíaca durante a cirurgia, doença vesicular.	1
Diabetes, Hipertensão arterial, Insuficiência venosa, Doença da prostata	1
Diabetes, Hipertensão arterial, Obesidade, Stress	1
Diabetes, Hipertensão arterial; Angina de peito; artroses	1
Diabetes, Obesidade, Hipercolestorelémia, Angina de peito, Embolia polmunar	1
Diabetes, Problemas circulatórios, Obesidade, Arritmia cardíaca, Úlcera gástrica, Gota, Hipercolestorelémia, Dislipidémia	1
Diabetes, Stress, colestorelémia	1
Diabetes tipo II; Hipertensão arterial; Angina de peito	1
Dislipidemia, Hipertensão arterial, Diabetes	1
Doença coronária - By-Pass Aorto-Coronário; Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia	1
Doença vascular periférica; Hipertensão Arterial; Paragem cardio respiratória; obesidade	1
Enfarte Agúdo do Miocárdio; Diabetes tipo II; Hipercolestorelémia; Hipertensão arterial	1
Enfarte do Miocárdio; Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia	1
Enfarte do Miocárdio; Angina de peito; Stress; Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia	1
Enfarte do Miocárdio; CABG; Hipertensão arterial; Stress; Hipercolestorelémia	1
Enfarte do miocárdio; Hipertensão arterial; Diabetes tipo II; Hipercolestorelémia	1
Enfarte do Miocárdio; Hipertensão arterial; Diabetes tipo II; Obesidade; Stress	1
Hipercolestorelémia; Diabetes tipo II; Stress; CAD	1
Hipertensão arteria, Diabetes	1
Hipertensão arterial	1
Hipertensão arterial, Stress, Hipercolestorelémia	1
Hipertensão arterial; Acidente vascular cerebral; Hereditariedade; Obesidade; Hipercolestorelémia; Angina de peito	1
Hipertensão arterial; Angina de peito; Acidente Vascular Cerebral; Hipercolestorelémia	1
Hipertensão arterial; Angina de peito; Acidente Vascular Cerebral; Obesidade	1
Hipertensão arterial; Angina de peito; Depressão	1
Hipertensão arterial; Angina de peito; Diabetes tipo I; Hipercolestorelémia	1
Hipertensão arterial; Angina de peito; Diabetes tipo II	1
Hipertensão arterial; Angina de peito; Enfarte do miocárdio; Hipercolestorelémia; Diabetes tipo II	1
Hipertensão arterial; Angina de peito; Enfarte do miocárdio; Insuficiência vascular periférica	1
Hipertensão arterial; Angina de peito; Enfarte do miocárdio; Insuficiência vascular periférica; Hipercolestorelémia; Ansiedade	1
Hipertensão arterial; Angina de peito; Hipercolestorelémia; Obesidade	1
Hipertensão arterial; Diabetes tipo II; Arritmia Cardíaca	1
Hipertensão arterial; Diabetes tipo II; Dislipidémia; Stress	1
Hipertensão arterial; Diabetes tipo II; Enfarte do miocárdio; Angina de peito; Depressão; Hipercolestorelémia	1

Hipertensão arterial; Diabetes tipo II; Hipercolestorelémia; Obesidade; Enfarte do miocárdio	1
Hipertensão arterial; Diabetes tipo II; Insuficiência cardíaca; Angina de peito; Obesidade; Hipercolestorelémia	1
Hipertensão arterial; Diabetes tipo II; Obesidade; Hipercolestorelémia	1
Hipertensão arterial; Enfarte do Miocárdio; Angina de peito; Obesidade; Hipercolestorelémia	1
Hipertensão arterial; Enfarte do miocárdio; Insuficiência vascular periférica; Depressão	1
Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia; Hereditariedade	1
Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia; Dislipidémia; Obesidade	1
Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia; Doença Vascular Periférica; Obesidade	1
Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia; Insuficiência vascular periférica; Stress	1
Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia; Obesidade	1
Hipertensão arterial; Insuficiência cardíaca; Hereditariedade; Obesidade; Asma; Reumatismo	1
Hipertensão arterial; hipercolestorelémia; Angina de peito	1
Hipertensão arterial; Obesidade; Angina de peito	1
Hipertensão arterial; Obesidade; Stress	1
Hipertensão arterial; Stress; Depressão; Obesidade	1
Hipertensão arterial; Stress; Hipercolestorelémia	1
Hipertensão arterial; Valvulopática (cirurgia); Hipercolestorelémia; Angina de peito	1
Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia; Obesidade	1
Insuficiência cardíaca; Angina de peito; Hipertensão arterial; Hipercolestorelémia; Diabetes tipo II	1
Insuficiência venosa; Diabetes tipo II; Hipercolestorelémia; Stress	1
Obesidade, Stress, Hipertensão arterial, Hipercolestorelémia	1
Total	100

ANEXO XIII

	Nunca		Algumas vezes		Regularmente		Frequentemente		Sempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	resp.		resp.		resp.		resp.		resp.		resp.	
Consumo regularmente gorduras (manteiga, óleos, azeite, carne ou peixe gordos).	3	3,0%	24	24,0%	9	9,0%	38	38,0%	26	26,0%	100	100,0%
Ingiro álcool em excesso (bebidas alcoólicas fermentadas ou alcoólicas destiladas, mais de 2 copos por dia).	32	32,3%	8	8,1%	24	24,2%	26	26,3%	9	9,1%	99	100,0%
Tenho, (tive) excesso de trabalho (mais de 8h/dia).	5	5,1%	4	4,0%	5	5,1%	18	18,2%	67	67,7%	99	100,0%
Pratico actividade física regularmente (3 a 4 vezes por semana).	67	67,7%	13	13,1%	13	13,1%	5	5,1%	1	1,0%	99	100,0%
Desloco-me sempre de carro ou de transporte público.	4	4,0%	19	19,2%	6	6,1%	30	30,3%	40	40,4%	99	100,0%
Tenho (tive) um trabalho sedentário.	19	19,2%	19	19,2%	17	17,2%	21	21,2%	23	23,2%	99	100,0%
Os tempos livres são principalmente ocupados com actividades sedentárias (ver TV, ler, cinema, computador).	5	5,1%	15	15,2%	10	10,1%	30	30,3%	39	39,4%	99	100,0%
Falta-me tempo para o lazer/relaxação (fazer coisas que gosto).	10	10,1%	18	18,2%	11	11,1%	33	33,3%	27	27,3%	99	100,0%
Estou (estive) sujeito muitas vezes a situações de stress: trabalho/casa.	1	1,0%	6	6,1%	2	2,0%	24	24,2%	66	66,7%	99	100,0%
Durmo menos de 6 horas ou mais de 8 horas diárias.	7	7,0%	23	23,0%	2	2,0%	37	37,0%	31	31,0%	100	100,0%
Quero fazer muita coisa em pouco tempo.	4	4,0%	15	15,0%	5	5,0%	31	31,0%	45	45,0%	100	100,0%
Sinto-me muitas vezes deprimido.	3	3,0%	22	22,0%	17	17,0%	24	24,0%	34	34,0%	100	100,0%
Sinto-me triste.	5	5,0%	15	15,0%	12	12,0%	32	32,0%	36	36,0%	100	100,0%
Sinto-me desencorajado quanto ao futuro.	3	3,0%	18	18,0%	12	12,0%	32	32,0%	35	35,0%	100	100,0%
Não gosto das coisas da maneira como costumava gostar.	8	8,0%	21	21,0%	22	22,0%	28	28,0%	21	21,0%	100	100,0%
Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.	15	15,0%	25	25,0%	35	35,0%	15	15,0%	10	10,0%	100	100,0%
Choro mais agora do que costumava fazer.	28	28,3%	18	18,2%	17	17,2%	18	18,2%	18	18,2%	99	100,0%
Actualmente sinto-me irritado(a) todo o tempo.	8	8,0%	14	14,0%	20	20,0%	30	30,0%	28	28,0%	100	100,0%
Interesso-me menos pelas outras pessoas do que era costume.	6	6,0%	26	26,0%	28	28,0%	21	21,0%	19	19,0%	100	100,0%
Tenho mais dificuldade em tomar decisões.	23	23,0%	17	17,0%	18	18,0%	29	29,0%	13	13,0%	100	100,0%
Sinto-me muitas vezes ansioso.	3	3,0%	21	21,0%	8	8,0%	20	20,0%	48	48,0%	100	100,0%
Sinto-me bem.	13	13,0%	40	40,0%	25	25,0%	16	16,0%	6	6,0%	100	100,0%
Sinto-me frustrado perante o insucesso.	6	6,0%	28	28,0%	12	12,0%	23	23,0%	31	31,0%	100	100,0%
Falta-me auto-confiança.	16	16,0%	23	23,0%	19	19,0%	28	28,0%	14	14,0%	100	100,0%
Sinto-me inseguro.	11	11,0%	22	22,0%	23	23,0%	29	29,0%	15	15,0%	100	100,0%

As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da cabeça.	3	3,0%	24	24,0%	14	14,0%	24	24,0%	35	35,0%	100	100,0%
Tenho regularmente problemas financeiros.	7	7,0%	28	28,0%	21	21,0%	27	27,0%	17	17,0%	100	100,0%
Sinto-me muitas vezes isolado socialmente (sem amigos ou com quem possa contar nas alturas difíceis).	11	11,0%	20	20,0%	29	29,0%	18	18,0%	22	22,0%	100	100,0%
Tenho de mudar de casa várias vezes.	26	26,0%	20	20,0%	33	33,0%	13	13,0%	8	8,0%	100	100,0%
Tenho (tive) de mudar de emprego assiduamente.	23	23,0%	16	16,0%	24	24,0%	21	21,0%	16	16,0%	100	100,0%
Sinto que posso contar com o apoio da família quando necessito.	13	13,0%	16	16,0%	12	12,0%	32	32,0%	27	27,0%	100	100,0%
Sinto que posso contar pouco com o apoio dos meus colegas ou superiores na trabalho.	15	15,0%	27	27,0%	19	19,0%	22	22,0%	17	17,0%	100	100,0%
Estou sempre a tentar ultrapassar-me, sujeito-me a riscos e enfrento os desafios.	12	12,0%	20	20,0%	9	9,0%	26	26,0%	33	33,0%	100	100,0%

ANEXO XIV

Análise da consistência interna do questionário de Factores de risco**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	98	98,0
	Excluded ^a	2	2,0
	Total	100	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,847	34

Da análise do valor do Alpha de Cronbach (0.847) podemos concluir que a consistência interna do questionário é boa.

Estatísticas dos vários itens

	Média	Desvio padrão	N
Tabaco (fumo, (ei) mais de 5 cigarros por dia, durante alguns anos)	1,29	1,566	98
Consumo regularmente gorduras (manteiga, óleos, azeite, carne ou peixe gordos).	2,77	1,043	98
Ingiro álcool em excesso (bebidas alcoólicas fermentadas ou alcoólicas destiladas, mais de 2 copos por dia).	1,57	1,407	98
Tenho, (tive) excesso de trabalho (mais de 8h/dia).	3,38	1,117	98
Pratico actividade física regularmente (3 a 4 vezes por semana).	,59	,972	98
Desloco-me sempre de carro ou de transporte público.	3,00	1,065	98
Tenho (tive) um trabalho sedentário.	2,10	1,439	98
Os tempos livres são principalmente ocupados com actividades sedentárias (ver TV, ler, cinema, computador).	2,89	1,192	98
Falta-me tempo para o lazer/relaxação (fazer coisas que gosto).	2,59	1,259	98
Estou (estive) sujeito muitas vezes a situações de stress: trabalho/casa.	3,53	,789	98
Durmo menos de 6 horas ou mais de 8 horas diárias.	2,84	1,119	98
Quero fazer muita coisa em pouco tempo.	3,11	1,064	98
Sinto-me muitas vezes deprimido.	2,67	1,199	98
Sinto-me triste.	2,81	1,198	98
Sinto-me desencorajado quanto ao futuro.	2,84	1,137	98
Não gosto das coisas da maneira como costumava gostar.	2,34	1,260	98
Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.	1,70	1,203	98

Choro mais agora do que costumava fazer.	1,80	1,485	98
Actualmente sinto-me irritado(a) todo o tempo.	2,48	1,310	98
Interesso-me menos pelas outras pessoas do que era costume.	2,17	1,210	98
Tenho mais dificuldade em tomar decisões.	1,93	1,387	98
Sinto-me muitas vezes ansioso.	3,03	1,144	98
Sinto-me bem.	1,77	1,073	98
Sinto-me frustrado perante o insucesso.	2,64	1,195	98
Falta-me auto-confiança.	2,03	1,296	98
Sinto-me inseguro.	2,14	1,260	98
As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da cabeça.	2,74	1,178	98
Tenho regularmente problemas financeiros.	2,28	1,182	98
Sinto-me muitas vezes isolado socialmente (sem amigos ou com quem possa contar nas alturas difíceis).	2,12	1,349	98
Tenho de mudar de casa várias vezes.	1,46	1,237	98
Tenho (tive) de mudar de emprego assiduamente.	1,85	1,417	98
Sinto que posso contar com o apoio da família quando necessito.	2,48	1,364	98
Sinto que posso contar pouco com o apoio dos meus colegas ou superiores na trabalho.	2,09	1,301	98
Estou sempre a tentar ultrapassar-me, sujeito-me a riscos e enfrento os desafios.	2,60	1,353	98

A última coluna da tabela seguinte, mostra a consistência interna do questionário, no caso de o item em causa ser removido do questionário, ou alterado.

Os que estão assinalados a vermelho, indicam que o valor do Alpha de Cronbach' aumenta, ou seja a consistência interna do questionário aumenta se o item for eliminado ou alterado.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Tabaco (fumo, (ei) mais de 5 cigarros por dia, durante alguns anos)	78,34	297,215	-,136	,859
Consumo regularmente gorduras (manteiga, óleos, azeite, carne ou peixe gordos).	76,86	278,722	,360	,842
Ingiro álcool em excesso (bebidas alcoólicas fermentadas ou alcoólicas destiladas, mais de 2 copos por dia).	78,05	287,410	,062	,851
Tenho, (tive) excesso de trabalho (mais de 8h/dia).	76,24	275,486	,421	,841
Pratico actividade física regularmente (3 a 4 vezes por semana).	79,03	296,793	-,161	,853
Desloco-me sempre de carro ou de transporte público.	76,62	298,505	-,198	,855

Tenho (tive) um trabalho sedentário.	77,52	284,046	,128	,850
Os tempos livres são principalmente ocupados com actividades sedentárias (ver TV, ler, cinema, computador).	76,73	285,764	,128	,848
Falta-me tempo para o lazer/relaxação (fazer coisas que gosto).	77,03	277,618	,313	,844
Estou (estive) sujeito muitas vezes a situações de stress: trabalho/casa.	76,09	276,641	,574	,839
Durmo menos de 6 horas ou mais de 8 horas diárias.	76,79	275,284	,426	,841
Quero fazer muita coisa em pouco tempo.	76,51	280,046	,314	,843
Sinto-me muitas vezes deprimido.	76,95	263,575	,702	,833
Sinto-me triste.	76,82	262,935	,720	,832
Sinto-me desencorajado quanto ao futuro.	76,79	270,005	,563	,837
Não gosto das coisas da maneira como costumava gostar.	77,29	269,794	,507	,838
Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.	77,92	272,632	,460	,840
Choro mais agora do que costumava fazer.	77,83	265,403	,511	,837
Actualmente sinto-me irritado(a) todo o tempo.	77,14	261,010	,700	,832
Interesso-me menos pelas outras pessoas do que era costume.	77,45	270,683	,507	,838
Tenho mais dificuldade em tomar decisões.	77,69	267,740	,500	,838
Sinto-me muitas vezes ansioso.	76,59	266,780	,649	,835
Sinto-me bem.	77,86	305,258		-,375 ,859
Sinto-me frustrado perante o insucesso.	76,98	275,773	,381	,842
Falta-me auto-confiança.	77,59	269,832	,489	,838
Sinto-me inseguro.	77,48	264,891	,631	,835
As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da cabeça.	76,88	270,459	,529	,838
Tenho regularmente problemas financeiros.	77,35	276,270	,373	,842
Sinto-me muitas vezes isolado socialmente (sem amigos ou com quem possa contar nas alturas difíceis).	77,50	267,180	,529	,837
Tenho de mudar de casa várias vezes.	78,16	269,396	,528	,838
Tenho (tive) de mudar de emprego assiduamente.	77,78	273,310	,363	,842
Sinto que posso contar com o apoio da família quando necessito.	77,14	285,876	,100	,850
Sinto que posso contar pouco com o apoio dos meus colegas ou superiores na trabalho.	77,53	289,097	,035	,851
Estou sempre a tentar ultrapassar-me, sujeito-me a riscos e enfrento os desafios.	77,02	275,587	,332	,843

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
79,62	292,341	17,098	34

ANEXO XV

ANÁLISE FACTORIAL

A análise seguinte é a análise factorial de correspondências, para determinar as dimensões (sub escalas) do questionário.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.607
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1066,876
	df	595,000
	Sig.	.000

A tabela anterior mostra os resultados da estatística KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e “Bartlett's Test of Sphericity”. A estatística KMO testa se as correlações principais entre as variáveis são reduzidas, indica a proporção de variâncias que é variância comum. Uma vez que o valor desta estatística é de 0.607 os resultados são considerados adequados. Em segundo lugar, o teste de esfericidade de Bartlett testa a hipótese de as variáveis na análise formarem a matriz identidade. Tal matriz indicaria que as variáveis não estão correlacionadas (isto é, todos os valores fora da diagonal da matriz de correlações seriam próximos de zero) e os dados seriam inadequados para a análise factorial. Uma vez que o nível de significância do teste de esfericidade de Bartlett é $0.000 < \alpha = 0.05$, podemos concluir que os dados não fornecem uma matriz identidade.

A tabela “communalities” mostra que uma boa parcela de variância é captada de cada uma das variáveis depois de extraídas as componentes; sendo a mais reduzida 0.603 (cerca de 60.3%) e a mais elevada 0.916 (cerca de 91.6%). Isto revela-se importante, uma vez que aparenta que o modelo explica de forma bastante razoável cada variável.

Communalities		
	Initial	Extraction
Tabaco (fumo, (ei) mais de 5 cigarros por dia, durante alguns anos)	1,00 0	,83 4
Se mulher: tomo(ou) anti concepcionais orais (pílula) há (anos)	1,00 0	,74 0
Consumo regularmente gorduras (manteiga, óleos, azeite, carne ou peixe gordos).	1,00 0	,74 1
Ingiro álcool em excesso (bebidas alcoólicas fermentadas ou alcoólicas destiladas, mais de 2 copos por dia).	1,00 0	,80 9
Tenho, (tive) excesso de trabalho (mais de 8h/dia).	1,00 0	,68 9
Pratico actividade física regularmente (3 a 4 vezes por semana).	1,00 0	,80 2
Desloco-me sempre de carro ou de transporte público.	1,00 0	,77 8
Tenho (tive) um trabalho sedentário.	1,00 0	,71 8
Os tempos livres são principalmente ocupados com actividades sedentárias (ver TV, ler, cinema, computador).	1,00 0	,66 5
Falta-me tempo para o lazer/relaxação (fazer coisas que gosto).	1,00 0	,64 6
Estou (estive) sujeito muitas vezes a situações de stress: trabalho/casa.	1,00 0	,77 6
Durmo menos de 6 horas ou mais de 8 horas diárias.	1,00 0	,70 5
Quero fazer muita coisa em pouco tempo.	1,00 0	,80 3
Sinto-me muitas vezes deprimido.	1,00 0	,85 3
Sinto-me triste.	1,00 0	,89 4
Sinto-me desencorajado quanto ao futuro.	1,00 0	,72 6
Não gosto das coisas da maneira como costumava gostar.	1,00 0	,63 0
Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.	1,00 0	,64 6
Choro mais agora do que costumava fazer.	1,00 0	,74 5
Actualmente sinto-me irritado(a) todo o tempo.	1,00 0	,85 6
Interesso-me menos pelas outras pessoas do que era costume.	1,00 0	,66 9
Tenho mais dificuldade em tomar decisões.	1,00 0	,74 0
Sinto-me muitas vezes ansioso.	1,00 0	,79 9

Sinto-me bem.	1,00	,75
	0	2
Sinto-me frustrado perante o insucesso.	1,00	,60
	0	3
Falta-me auto-confiança.	1,00	,75
	0	7
Sinto-me inseguro.	1,00	,78
	0	8
As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da cabeça.	1,00	,69
	0	8
Tenho regularmente problemas financeiros.	1,00	,65
	0	9
Sinto-me muitas vezes isolado socialmente (sem amigos ou com quem possa contar nas alturas difíceis).	1,00	,91
	0	6
Tenho de mudar de casa várias vezes.	1,00	,74
	0	0
Tenho (tive) de mudar de emprego assiduamente.	1,00	,67
	0	6
Sinto que posso contar com o apoio da família quando necessito.	1,00	,69
	0	2
Sinto que posso contar pouco com o apoio dos meus colegas ou superiores na trabalho.	1,00	,72
	0	4
Estou sempre a tentar ultrapassar-me, sujeito-me a riscos e enfrento os desafios.	1,00	,80
	0	6

Extraction Method: Principal Component Analysis.

A tabela seguinte “total variance explained”, mostra que o procedimento extraiu 10 componentes (que à posteriori irão corresponder às dimensões ou componentes do questionário) e que a variância total captada após a rotação (a que foi aqui utilizada foi a rotação Varimax) foi de 74.503%.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9,850	28,142	28,142	9,850	28,142	28,142	7,661	21,887	21,887
2	2,676	7,645	35,787	2,676	7,645	35,787	2,381	6,803	28,690
3	2,446	6,987	42,774	2,446	6,987	42,774	2,268	6,479	35,169
4	2,123	6,067	48,841	2,123	6,067	48,841	2,159	6,170	41,339
5	1,917	5,478	54,319	1,917	5,478	54,319	2,052	5,864	47,203
6	1,689	4,827	59,145	1,689	4,827	59,145	2,034	5,810	53,013

7	1,539	4,396	63,542	1,539	4,396	63,542	1,950	5,570	58,583
8	1,477	4,220	67,762	1,477	4,220	67,762	1,885	5,386	63,970
9	1,211	3,460	71,221	1,211	3,460	71,221	1,856	5,302	69,271
10	1,148	3,281	74,503	1,148	3,281	74,503	1,831	5,231	74,503
11	,977	2,791	77,293						
12	,859	2,454	79,747						
13	,846	2,417	82,164						
14	,735	2,100	84,264						
15	,675	1,930	86,194						
16	,622	1,777	87,971						
17	,583	1,666	89,637						
18	,512	1,464	91,101						
19	,464	1,326	92,427						
20	,426	1,216	93,644						
21	,354	1,011	94,655						
22	,307	,876	95,531						
23	,282	,805	96,336						
24	,242	,692	97,027						
25	,172	,492	97,520						
26	,161	,461	97,980						
27	,149	,426	98,406						
28	,131	,375	98,781						
29	,115	,327	99,108						
30	,099	,283	99,391						
31	,084	,241	99,632						
32	,053	,151	99,784						
33	,046	,131	99,915						
34	,017	,048	99,963						
35	,013	,037	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

A tabela seguinte “Rotated Component Matrix”, apresenta os “loadings”, valores que nos irão permitir identificar a que componente irá pertencer cada um dos 34 itens (cada item irá pertencer à componente para a qual terá maior “loading”).

No quadro seguinte, os valores assinalados a negro indicam as componentes onde os itens deveriam estar. No entanto, em algumas situações os itens foram colocados noutra componente, estando assinalados a rosa.

Rotated Component Matrix^a

	Component									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tabaco (fumo, (ei) mais de 5 cigarros por dia, durante alguns anos)	-,145	,052	,150	,029	,090	-,182	-,062	-,257	,053	-,820
Se muher: tomo(ou) anti concepçionais orais (pílula) há (anos)	-,051	,000	-,015	,109	-,127	,249	-,141	-,779	,011	-,143
Consumo regularmente gorduras (manteiga, óleos, azeite, carne ou peixe gordos).	,224	-,072	,434	,292	,264	,089	-,371	-,139	,088	,412
Ingiro álcool em excesso (bebidas alcoólicas fermentadas ou alcoólicas destiladas, mais de 2 copos por dia).	-,056	,027	,055	,884	,001	-,060	-,014	-,120	-,029	,044
Tenho, (tive) excesso de trabalho (mais de 8h/dia).	,504	-,263	-,023	,262	,229	,356	-,136	,143	,272	,064
Pratico actividade física regularmente (3 a 4 vezes por semana).	-,124	-,051	-,358	-,103	-,425	-,190	,349	-,309	-,410	-,208
Desloco-me sempre de carro ou de transporte público.	,139	,072	-,086	,013	-,031	-,159	-,819	-,109	,156	-,114
Tenho (tive) um trabalho sedentário.	,236	,186	,108	-,278	,498	-,040	,089	-,114	-,516	,054
Os tempos livres são principalmente ocupados com actividades sedentárias (ver TV, ler, cinema, computador).	,029	,146	-,069	-,037	,789	-,003	,015	,095	,058	-,047
Falta-me tempo para o lazer/relaxação (fazer coisas que gosto).	,078	,044	,726	,116	,014	,124	,035	,236	-,103	-,121
Estou (estive) sujeito muitas vezes a situações de stress: trabalho/casa.	,599	,077	,213	,335	,025	,316	-,193	,063	-,219	-,252
Durmo menos de 6 horas ou mais de 8 horas diárias.	,286	,581	-,009	,436	,174	,164	,107	,135	,059	-,063
Quero fazer muita coisa em pouco tempo.	,359	,250	,412	,091	,107	-,035	-,032	-,116	,620	,148
Sinto-me muitas vezes deprimido.	,853	,282	-,011	-,014	,127	,127	,009	,019	,006	,115
Sinto-me triste.	,785	,325	-,015	-,004	,274	,281	-,035	,112	-,026	,057
Sinto-me desencorajado quanto ao futuro.	,688	,065	,060	,039	,386	,125	-,009	,265	-,040	-,087
Não gosto das coisas da maneira como costumava gostar.	,553	,200	,327	,004	,168	-,152	,115	,326	-,064	,058
Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.	,637	,125	-,147	-,118	-,270	-,073	-,006	,072	-,032	,323
Choro mais agora do que costumava fazer.	,685	,100	,072	,182	,071	,053	,228	,161	,073	,369
Actualmente sinto-me irritado(a) todo o tempo.	,858	-,045	,296	,102	-,119	,008	-,018	,023	-,057	,047
Interesso-me menos pelas outras pessoas do que era costume.	,395	,337	,079	,140	,010	,082	-,141	,570	-,118	,090
Tenho mais dificuldade em tomar decisões.	,286	,225	,145	,224	-,003	-,107	,012	,201	-,611	,333
Sinto-me muitas vezes ansioso.	,798	,118	,258	,023	-,072	,047	-,249	,011	,113	,009
Sinto-me bem.	-,617	,057	-,097	-,198	,212	,281	-,132	,171	,376	,078
Sinto-me frustrado perante o insucesso.	,163	,088	,700	-,016	-,081	-,117	,164	-,130	,122	-,003
Falta-me auto-confiança.	,296	,693	-,144	-,047	,319	-,111	,071	,202	,062	,048
Sinto-me inseguro.	,480	,537	,058	,146	,352	,055	-,041	,212	-,241	,116
As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da cabeça.	,779	,020	-,006	,055	,127	,153	,150	-,040	,105	,116

Tenho regularmente problemas financeiros.	,314	,206	,130	,355	-,059	-,142	,544	-,079	,209	,075
Sinto-me muitas vezes isolado socialmente (sem amigos ou com quem possa contar nas alturas difíceis).	,532	-,152	,172	,107	,242	-,051	,323	-,317	-,141	,531
Tenho de mudar de casa várias vezes.	,363	,133	,101	,626	-,231	,193	,247	,180	,062	-,006
Tenho (tive) de mudar de emprego assiduamente.	,401	-,008	,188	,267	,132	,185	,422	-,001	,363	-,218
Sinto que posso contar com o apoio da família quando necessito.	-,042	,719	,339	,014	-,075	,131	-,082	-,098	-,057	-,123
Sinto que posso contar pouco com o apoio dos meus colegas ou superiores na trabalho.	,162	,043	-,185	,038	,075	,771	,212	-,017	,117	,041
Estou sempre a tentar ultrapassar-me, sujeito-me a riscos e enfrento os desafios.	,144	,114	,276	-,014	-,091	,771	-,070	-,261	-,031	,141

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 15 iterations.

ANEXO XVI

Consistência interna das dimensões do questionário Factores de Risco

De seguida vai proceder-se à análise da consistência interna para as componentes (subescalas) constituídas por um maior número de itens – subescalas 1, 2 e 3 – que apresentam uma consistência interna bastante razoável (Muito boa para a sub escala 1 e razoável para as sub escalas 2 e 3).

Dimensão 1:**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,828	13

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
32,49	81,840	9,047	13

Dimensão 2:**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,521	4

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
9,24	11,134	3,337	4

Dimensão 3:**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,581	4

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
10,60	12,019	3,467	4

ANEXO XVII

Verificação dos pressupostas de aplicação do teste One Way-ANOVA e teste de comparações múltiplas de Tuckey: Antecedentes familiares e qualidade de vida global

Test of Homogeneity of Variances

qvglobal

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,723	2	93	,184

Resultado do teste de homogeneidade de variâncias

Da aplicação do teste de homogeneidade de variâncias, conclui-se que são homogéneas, uma vez que $p=0,184 > 0,05$.

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias dos antecedentes familiares (sim, não, não sei) os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a negrito).

Tests of Normality

Ter antecedentes familiares – hereditariedade (ter na família, pai, mãe, irmãos com problemas cardíacos).	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Qvglobal Sim	,082	62	,200*	,988	62	,789
Não	,220	11	,142	,855	11	,050
Não sei	,095	23	,200*	,981	23	,929

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Resultados do teste de ajustamento à distribuição Normal

Em suma, os pressupostos de aplicação do teste One Way-ANOVA, estão verificados.

Uma vez que da aplicação do teste One Way-ANOVA, se concluiu que existem diferenças estatisticamente significativas, procedeu-se ao teste de comparações múltiplas para se saber entre que categorias existiam diferenças. Os resultados deste teste encontram-se no quadro seguinte:

Multiple Comparisons						
qvglobal						
Tukey HSD						
(I) Ter antecedentes familiares - hereditariedade (ter na família, pai, mãe, irmãos com problemas cardíacos).	(J) Ter antecedentes familiares - hereditariedade (ter na família, pai, mãe, irmãos com problemas cardíacos).	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Sim	Não	-9,544*	4,322	,030*	-16,02	-,65
	Não sei	-8,335	3,225	,075	-19,84	,75
Não	Sim	9,544*	4,322	,030*	-16,02	-,65
	Não sei	1,209	4,842	,966	-10,32	12,74
Não sei	Sim	8,335	3,225	,075	-19,84	,75
	Não	-1,209	4,842	,966	-12,74	10,32

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Resultados do teste de comparações múltiplas de Tuckey

Verificação dos pressupostos de aplicação do teste One Way-ANOVA e teste de comparações múltiplas de Tuckey: Diabetes Mellitus e qualidade de vida global

Test of Homogeneity of Variances

qvglobal

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,048	2	93	,953

Resultado do teste de homogeneidade de variâncias

Da aplicação do teste de homogeneidade de variâncias, conclui-se que são homogêneas, uma vez que $p=0,953 > 0,05$.

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias Diabetes Mellitus percebida (sim, não, não sei) os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a negrito).

Tests of Normality

	Ter diabetes mellitus (açúcar no sangue ou na urina), aumentados.	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
qvglobal	Sim	,079	55	,200*	,975	55	,301
	Não	,114	28	,200*	,927	28	,051
	Não sei	,169	13	,200*	,932	13	,358

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Resultados do teste de ajustamento à distribuição Normal

Em suma, os pressupostos de aplicação do teste One Way-ANOVA, estão verificados.

Uma vez que da aplicação do teste One Way-ANOVA, se concluiu que existem diferenças estatisticamente significativas, procedeu-se ao teste de comparações múltiplas para se saber entre que categorias existiam diferenças. Os resultados deste teste encontram-se no quadro seguinte:

Multiple Comparisonsqvglobal
Tukey HSD

(I) Ter diabetes mellitus (açucar no sangue ou na urina), aumentados.	(J) Ter diabetes mellitus (açucar no sangue ou na urina), aumentados.	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Sim	Não	-2,321	2,860	,697	-9,13	4,49
	Não sei	17,344*	3,800	,000*	8,29	26,39
Não	Sim	2,321	2,860	,697	-4,49	9,13
	Não sei	19,665*	4,135	,000*	9,82	29,51
Não sei	Sim	-17,344*	3,800	,000*	-26,39	-8,29
	Não	-19,665*	4,135	,000*	-29,51	-9,82

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Resultados do teste de comparações múltiplas de Tuckey

ANEXO XIX

Verificação dos pressupostas de aplicação do teste One Way-ANOVA e teste de comparações múltiplas de Tuckey: Pesarmais do que o normal para a sua altura e qualidade de vida global.

Test of Homogeneity of Variances

Avaliação global da qualidade de vida

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,320	2	93	,727

Resultado do teste de homogeneidade de variâncias

Da aplicação do teste de homogeneidade de variâncias, conclui-se que são homogéneas, uma vez que $p=0,727>0.05$.

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias Diabetes Mellitus percebida (sim, não, não sei) os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p\geq 0,05$ – assinalados a negrito).

Tests of Normality

	Pesarmais do que o normal, para a sua altura - Obesidade.	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
qvglobal	Sim	,088	54	,200*	,978	54	,438
	Não	,112	37	,200*	,983	37	,831
	Não sei	,252	5	,200*	,935	5	,630

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Resultados do teste de ajustamento à distribuição Normal

Em suma, os pressupostos de aplicação do teste One Way-ANOVA, estão verificados.

Verificação dos pressupostos de aplicação do teste One Way-ANOVA e teste de comparações múltiplas de Tuckey: Hipercolesterolemia e qualidade de vida global

Test of Homogeneity of Variances

Avaliação global da qualidade de vida

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,807	2	93	,170

Resultado do teste de homogeneidade de variâncias

Da aplicação do teste de homogeneidade de variâncias, conclui-se que são homogéneas, uma vez que $p=0,170 > 0,05$.

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias Diabetes Mellitus percebida (sim, não, não sei) os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a negrito).

Tests of Normality

	Ter hipercolesterolemia (níveis de colesterol elevados).	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
qvglobal	Sim	,085	52	,200*	,977	52	,418
	Não	,134	16	,200*	,961	16	,685
	Não sei	,139	28	,180	,954	28	,253

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Resultados do teste de ajustamento à distribuição Normal

Em suma, os pressupostos de aplicação do teste One Way-ANOVA, estão verificados.

Uma vez que da aplicação do teste One Way-ANOVA, se concluiu que existem diferenças estatisticamente significativas, procedeu-se ao teste de comparações múltiplas para se saber entre que categorias existiam diferenças. Os resultados deste teste encontram-se no quadro seguinte:

Multiple Comparisonsqvglobal
Tukey HSD

(I) Ter hipercolester olémia (níveis de colesterol elevados).	(J) Ter hipercolester olémia (níveis de colesterol elevados).	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Sim	Não	-4,178	3,442	,448	-12,38	4,02
	Não sei	13,599*	2,822	,000	6,88	20,32
Não	Sim	4,178	3,442	,448	-4,02	12,38
	Não sei	17,777*	3,773	,000	8,79	26,76
Não sei	Sim	-13,599*	2,822	,000	-20,32	-6,88
	Não	-17,777*	3,773	,000	-26,76	-8,79

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Resultados do teste de comparações múltiplas de Tuckey

Verificação dos pressupostos de aplicação do teste One Way-ANOVA e teste de comparações múltiplas de Tuckey: Hipertensão e qualidade de vida global

Test of Homogeneity of Variances

Avaliação global da qualidade de vida

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,936	2	93	,396

Resultado do teste de homogeneidade de variâncias

Da aplicação do teste de homogeneidade de variâncias, conclui-se que são homogéneas, uma vez que $p=0,396 > 0,05$.

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias Hipertensão percebida (sim, não, não sei) os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a negrito).

Tests of Normality

	Ter hipertensão (tensão arterial elevada).	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
qvglobal	Sim	,070	80	,200*	,983	80	,381
	Não	,186	11	,200*	,929	11	,400
	Não sei	,177	5	,200*	,971	5	,885

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Resultados do teste de ajustamento à distribuição Normal

Em suma, os pressupostos de aplicação do teste One Way-ANOVA, estão verificados.

Verificação dos pressupostas de aplicação do teste t para amostras independentes: Estado Emocional – Stress e qualidade de vida global.

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias do Estado Emocional - Stress os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a negro). Os pressupostos, encontram-se então verificados.

Tests of Normality

Categorias da avaliação global da dimensão 1 - Estado emocional - Stress	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Avaliação global da qualidade de vida positivo	,135	29	,189	,958	29	,300
negativo	,084	65	,200*	,986	65	,648

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Resultado do teste de ajustamento de Shapiro-Wilk

ANEXO XXIII

Verificação dos pressupostas de aplicação do teste t para amostras independentes: Estado Emocional – Emotividade e qualidade de vida global.

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias do Estado Emocional - Emotividade os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a negrito). Os pressupostos, estão então verificados.

Tests of Normality

Categorias da avaliação global da dimensão 2 - Estado emocional - Emotividade		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Avaliação global da qualidade de vida	positivo	,083	49	,200*	,963	49	,125
	negativo	,071	47	,200*	,988	47	,918

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Resultado do teste de ajustamento de Shapiro-Wilk

Verificação dos pressupostas de aplicação do teste t para amostras independentes: Satisfação pessoal e qualidade de vida global

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias Satisfação pessoal os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a grito). Os pressupostos, estão então verificados.

Tests of Normality

Categorias da avaliação global da dimensão 3 - Satisfação pessoal	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Avaliação global da qualidade de vida positivo	,083	49	,200*	,963	49	,125
negativo	,071	47	,200*	,988	47	,918

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Resultado do teste de ajustamento de Shapiro-Wilk

Verificação dos pressupostas de aplicação do teste t para amostras independentes: Actividade e qualidade de vida global

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias Actividade os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a negrito). Os pressupostos, estão então verificados.

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Categorias da avaliação global da dimensão 4 - Actividade		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Avaliação global da qualidade de vida	positivo	,077	77	,200*	,986	77	,547
	negativo	,136	18	,200*	,965	18	,700

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Resultado do teste de ajustamento de Shapiro-Wilk

ANEXO XXVI

Verificação dos pressupostas de aplicação do teste t para amostras independentes: Realização profissional e qualidade de vida global.

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias Realização profissional os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a negrito). Os pressupostos, estão então verificados.

Tests of Normality

Categorias da avaliação global da dimensão 5 - Realização profissional	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Avaliação global da qualidade de vida positivo	,102	51	,200*	,967	51	,172
negativo	,116	45	,158	,971	45	,305

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Resultado do teste de ajustamento de Shapiro-Wilk

ANEXO XXVII

Verificação dos pressupostas de aplicação do teste t para amostras independentes: Mobilidade e qualidade de vida global.

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias Mobilidade os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a negrito). Os pressupostos, estão então verificados.

Tests of Normality

	Categorias da avaliação global da dimensão 6 - Mobilidade	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Avaliação global da qualidade de vida	positivo	,078	62	,200*	,978	62	,325
	negativo	,166	33	,021	,936	33	,053

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

ANEXO XXVIII

Comparações múltiplas para o teste de Kruskal Wallis: Tomada de decisão v.s.(versus) qualidade de vida global

Ranks

Tenho mais dificuldade em tomar decisões.		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Avaliação global da qualidade de vida	Nunca	8	10,31	82,50
	Algumas vezes	9	7,83	70,50
	Total	17		

Test Statistics^b

	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	25,500
Wilcoxon W	70,500
Z	-1,013
Asymp. Sig. (2-tailed)	,311
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,321 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Tenho mais dificuldade em tomar decisões.

Ranks

Tenho mais dificuldade em tomar decisões.		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Avaliação global da qualidade de vida	Nunca	8	8,13	65,00
	Regularmente	6	6,67	40,00
	Total	14		

Test Statistics^b

	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	19,000
Wilcoxon W	40,000
Z	-,645
Asymp. Sig. (2-tailed)	,519
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,573 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Tenho mais dificuldade em tomar decisões.

Ranks

	Tenho mais dificuldade em tomar decisões.	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Avaliação global da qualidade de vida	Nunca	8	18,19	145,50
	Frequentemente	20	13,03	260,50
	Total	28		

Test Statistics^b

	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	50,500
Wilcoxon W	260,500
Z	-1,502
Asymp. Sig. (2-tailed)	,133
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,136 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Tenho mais dificuldade em tomar decisões.

Ranks

		Tenho mais dificuldade em tomar decisões.	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Avaliação global da qualidade de vida	Nunca		21	20,93	439,50
	Sempre		11	8,05	88,50
	Total		32		

Test Statistics^b

	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	22,500
Wilcoxon W	88,500
Z	-3,692
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Tenho mais dificuldade em tomar decisões.

Ranks

		Tenho mais dificuldade em tomar decisões.	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Avaliação global da qualidade de vida	Algumas vezes		17	17,47	297,00
	Regularmente		18	18,50	333,00
	Total		35		

Test Statistics^b

	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	144,000
Wilcoxon W	297,000
Z	-,297
Asymp. Sig. (2-tailed)	,766
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,782 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Tenho mais dificuldade em tomar decisões.

Ranks

	Tenho mais dificuldade em tomar decisões.	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Avaliação global da qualidade de vida	Algumas vezes	17	23,06	392,00
	Frequentemente	29	23,76	689,00
	Total	46		

Test Statistics^a

	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	239,000
Wilcoxon W	392,000
Z	-,171
Asymp. Sig. (2-tailed)	,864

a. Grouping Variable: Tenho mais dificuldade em tomar decisões.

Ranks

	Tenho mais dificuldade em tomar decisões.	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Avaliação global da qualidade de vida	Algumas vezes	17	18,21	309,50
	Sempre	11	8,77	96,50
	Total	28		

Test Statistics^b

	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	30,500
Wilcoxon W	96,500
Z	-2,968
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,002 ^a

a. Not corrected for ties.

Test Statistics^b

	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	30,500
Wilcoxon W	96,500
Z	-2,968
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,002 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Tenho mais dificuldade em tomar decisões.

Ranks

	Tenho mais dificuldade em tomar decisões.	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Avaliação global da qualidade de vida	Regularmente	18	25,36	456,50
	Frequentemente	29	23,16	671,50
	Total	47		

Test Statistics^a

	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	236,500
Wilcoxon W	671,500
Z	-,537
Asymp. Sig. (2-tailed)	,592

a. Grouping Variable: Tenho mais dificuldade em tomar decisões.

Ranks

	Tenho mais dificuldade em tomar decisões.	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Avaliação global da qualidade de vida	Regularmente	18	19,03	342,50
	Sempre	11	8,41	92,50
	Total	29		

Test Statistics^b

	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	26,500
Wilcoxon W	92,500
Z	-3,260
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,001 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Tenho mais dificuldade em tomar decisões.

Ranks

	Tenho mais dificuldade em tomar decisões.	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Avaliação global da qualidade de vida	Frequentemente	29	24,59	713,00
	Sempre	11	9,73	107,00
	Total	40		

Test Statistics^b

	Avaliação global da qualidade de vida
Mann-Whitney U	41,000
Wilcoxon W	107,000
Z	-3,594
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Tenho mais dificuldade em tomar decisões.

ANEXO XXIX

Verificação dos pressupostas de aplicação do teste t para amostras independentes: Hábitos de Consumo e qualidade de vida global.

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias dos hábitos de consumo os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a negrito). Os pressupostos, estão então verificados.

Tests of Normality

Categorias da avaliação global da dimensão 9 - Hábitos de consumo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Avaliação global da qualidade de vida positivo	,138	24	,200*	,967	24	,583
negativo	,170	17	,200*	,911	17	,106

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

ANEXO XXX

Verificação dos pressupostas de aplicação do teste t para amostras independentes: Ansiedade Estado e Ansiedade Traço e qualidade de vida global.

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias da Ansiedade Estado e Ansiedade Traço os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a negrito). Os pressupostos, estão então verificados.

Tests of Normality

Categorias da avaliação global STAI forma Y-1		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Avaliação global da qualidade de vida	Um pouco	,089	77	,200*	,981	77	,302
	Moderadamente	,136	14	,200*	,948	14	,526

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality^b

Categorias da avaliação global STAI forma Y-2		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Avaliação global da qualidade de vida	Um pouco	,078	66	,200*	,981	66	,407
	Moderadamente	,128	16	,200*	,918	16	,156

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

b. Avaliação global da qualidade de vida is constant when Categorias da avaliação global STAI forma Y-2 = 3. It has been omitted.

ANEXO XXXI

Verificação dos pressupostas de aplicação do teste One Way-ANOVA e teste de comparações múltiplas de Tuckey: Depressão e qualidade de vida global.

Test of Homogeneity of Variances

Avaliação global da qualidade de vida

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,538	2	92	,220

Resultado do teste de homogeneidade de variâncias

Da aplicação do teste de homogeneidade de variâncias, conclui-se que são homogéneas, uma vez que $p=0,220 > 0,05$.

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias do Nível de Depressão os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a negrito).

Tests of Normality

Nível de Depressão (IB)		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Avaliação global da qualidade de vida	Sem depressão	,184	8	,200*	,875	8	,168
	Depressão leve ou moderada	,064	59	,200*	,983	59	,576
	Severamente deprimidos	,196	28	,007	,939	28	,104

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

ANEXO XXXII

Verificação dos pressupostos de aplicação do teste t para amostras independentes: Doença Coronária e Qualidade de vida

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias da Doença Coronária os dados relativos à avaliação global da qualidade de vida se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a negrito). Os pressupostos, estão então verificados.

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Doença coronária		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Avaliação global da qualidade de vida	Não	,090	39	,200 [*]	,980	39	,705
	Sim	,101	57	,200 [*]	,970	57	,161

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

ANEXO XXXIII

Verificação dos pressupostos de aplicação do teste t para amostras independentes: Ansiedade Estado e Ansiedade Traço e Doença Coronária.

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que em qualquer uma das categorias da Doença Coronária os dados relativos à avaliação global Da Ansiedade Estado e Ansiedade Traço se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalados a negrito). Os pressupostos, estão então verificados.

Tests of Normality

	Doença coronária	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Avaliação global STAI forma Y- 1	Não	,124	35	,194	,941	35	,062
	Sim	,154	47	,007	,955	47	,068
Avaliação global STAI forma Y- 2	Não	,111	35	,200 [*]	,968	35	,391
	Sim	,085	47	,200 [*]	,973	47	,329

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

ANEXO XXXIV

Verificação dos pressupostos de aplicação do teste t para amostras independentes: Depressão e Doença Coronária.

O teste seguinte, o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk, permite testar a normalidade dos dados recolhidos. Da sua aplicação, conclui-se que nos indivíduos que não têm Doença Coronária os dados relativos à avaliação global da Depressão se ajustam a uma distribuição Normal ($p \geq 0,05$ – assinalado a negrito). Apesar de nos indivíduos com Doença Coronária os dados não se ajustarem a uma distribuição Normal ($p = 0,003 < 0,05$), não há problema em aplicar o teste, uma vez que se está perante uma amostra de grande dimensão ($n > 30$). Os pressupostos, estão então verificados.

Tests of Normality

	Doença coronária	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Avaliação global do IB	Não	,128	40	,095	,975	40	,515
	Sim	,146	59	,003	,932	59	,003

a. Lilliefors Significance Correction

CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DAS PROFISSÕES

A Classificação Nacional das Profissões é o conjunto de todas as profissões existentes em Portugal e da sua respectiva descrição funcional, apresentando-se agregadas por grupos profissionais.

1. Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa
2. Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas
3. Técnicos e Profissionais de nível intermédio
4. Pessoal Administrativo e Similares
5. Pessoal dos Serviços e Vendedores
6. Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas
7. Operários, Artífices e Trabalhadores Similares
8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
9. Trabalhadores não qualificados

1. Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa

1.1 Quadros Superiores da Administração Pública

- *Quadros Superiores da Administração Pública*
- *Dirigentes e Quadros Superiores de Organizações Especializadas*

1.2 Directores de Empresa

- *Directores Gerais*
- *Directores de Produção, Exploração e Similares*
- *Outros directores de Empresas*

1.3 Directores e Gerentes de Pequenas Empresas

- *Directores e Gerentes da Agricultura, Silvicultura e da Pesca*
- *Directores e Gerentes da Produção industrial*
- *Directores e Gerentes da construção civil*
- *Directores e gerentes do comércio grossista e retalhista*
- *Directores e gerentes de restauração e hotelaria*
- *Directores e gerentes de transportes, entreposto e telecomunicações*
- *Directores e gerentes de empresas de mediação e prestação de serviços*
- *Directores e gerentes de empresas de serviços pessoais, limpeza e similares*
- *Directores e gerentes não classificados em outra parte*

2. Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas

2.1 Especialistas das ciências físicas, matemáticas e engenharia

- *Físicas, químicas e especialistas similares*
- *Matemáticas, estaticistas e especialistas similares*
- *Especialistas da Informática*
- *Arquitectos, Engenheiros e Especialistas similares*

2.2 Especialistas das ciências da vida e profissionais da saúde

- *Especialistas das ciências e da vida*
- *Médicos e profissões similares - à excepção dos enfermeiros*
- *Enfermeiros*

2.3 Docentes do ensino secundário, superior e profissões similares

- *Docentes do ensino universitário e de estabelecimentos de ensino superior*
- *Docentes do ensino básico (2º e 3º ciclo) e secundário*
- *Docentes do ensino superior, básico e secundário e similares não classificados em outra parte*

3. Técnicos e Profissionais de nível intermédio

3.1 Técnicos e profissionais de nível intermédio das ciências físicas e químicas, da engenharia e trabalhadores similares

- *Técnicos de ciências físico-químicas*
- *Técnicos de engenharia civil*
- *Técnicos de electricidade*
- *Técnicos de electrónica e telecomunicações*
- *Técnicos de relojoaria*
- *Técnicos intermédios de química industrial*
- *Desenhadores e trabalhadores similares*
- *Técnicos de investigação física e química, do fabrico industrial e trabalhadores similares não classificados em outra parte*

3.2 Profissionais de nível intermédio das ciências da vida e da saúde

- *Técnicos das ciências da vida e da saúde*
- *Profissionais técnicos de medicina - à excepção dos enfermeiros*
- *Parteiras*
- *Especialistas da medicina tradicional*

3.3 Profissionais de nível intermédio do ensino

- *Docentes do ensino básico, primário e pré-primário*
- *Educadores de infância*
- *Docentes de Educação especial*
- *Profissionais do ensino não classificado em outra parte*

3.4 Outros técnicos e profissionais de nível intermédio

- *Profissionais de nível intermédio de finanças e serviços comerciais*
- *Agentes comerciais e correctores*
- *Profissionais de nível intermédio de gestão e administração*
- *Profissionais de nível intermédio da administração pública, das alfândegas, dos impostos e trabalhos similares*
- *Inspectores da policia judiciária e detectives*
- *Profissionais da criação artística do espectáculo e do desporto*

4. Pessoal Administrativo e Similares

4.1 Empregados de escritório

- *Secretárias e Operadores de equipamentos e tratamento de informação*
- *Empregados dos serviços de contabilidade e dos serviços financeiros*
- *Empregados do aprovisionamento, de planeamento e dos transportes*
- *Empregados de biblioteca, carteiros e trabalhadores similares*
- *Empregados de escritório não classificados em outra parte*

4.2 Empregados de recepção, caixas, bilheteiras e similares

- *Caixas e Bilheteiras*
- *Caixas e Estabelecimentos bancários*
- *Empregados da banca e casinos e similares*
- *Penhoristas e trabalhadores similares*
- *Cobreadores e trabalhadores similares*

5. Pessoal dos Serviços e Vendedores

5.1 Pessoal dos Serviços Directos e Particulares, de protecção e segurança

- *Assistentes, cobreadores, guias e trabalhadores similares*
- *Ecónomos e pessoal do serviço de restauração*
- *Vigilantes, assistentes médicos e trabalhadores similares*
- *Outro pessoal dos serviços directos e particulares*

5.2 Manequins, vendedores e demonstradores

- *Manequins e outros modelos*
- *Vendedores e demonstradores*
- *Vendedores de quiosque e mercado*

6. Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas

6.1 Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, criação de animais e pescas

- *Agricultores e trabalhadores qualificados de culturas agrícolas*
- *Criadores e trabalhadores qualificados do tratamento de animais*

- *Agricultores e trabalhadores qualificados da policultura, criação e tratamento de animais*
- *Trabalhadores florestais e similares*
- *Trabalhadores do aquacultura e pescas*

6.2 Agricultores e pescadores - agricultura e pesca de subsistência

- *Agricultor - agricultura de subsistência*
- *Pescador - Pesca de subsistência*
- *Outros agricultores e pescadores - agricultura e pesca de subsistência*

7. Operários, Artífices e Trabalhadores Similares

7.1 Operários, artífices e trabalhadores similares das indústrias extractivas e da construção civil

- *Mineiros, canteiros, carregadores de fogo e trabalhadores de pedreira*
- *Trabalhadores da construção civil e obras públicas*
- *Trabalhadores da construção civil e similares - acabamentos*
- *Pintores, limpadores de fachadas e trabalhadores similares*

7.2 Trabalhadores da metalurgia e da metalomecânica e trabalhadores similares

- *Moldadores, soldadores, bate-chapas, caldeireiros, montadores de estruturas e trabalhadores similares*
- *Forjadores, serralheiros mecânicos e trabalhadores similares*
- *Mecânicos e ajustadores de máquinas*
- *Mecânicos e ajustadores de equipamentos eléctricos e electrónicos*

7.3 Mecânicos de precisão, oleiros e vidreiros, artesãos, trabalhadores das artes gráficas e trabalhadores similares

- *Mecânicos de precisão em metal e materiais similares*
- *Oleiros, vidreiros e trabalhadores similares*
- *Artesãos de madeira, tecido, couro e materiais similares*
- *Compositores tipográficos e trabalhadores similares*

7.4 Outros operários, artífices e trabalhadores similares

- *Trabalhadores de preparação e confecção de alimentos e bebidas e trabalhadores similares*
- *Trabalhadores das madeiras e similares*
- *Trabalhadores dos têxteis e confecções e trabalhadores similares*
- *Trabalhadores de peles, couro e calçado*
- *Trabalhadores de artigos de pirotecnia*

8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

8.1 Operadores de instalações fixas e similares

- *Operadores e condutores de máquinas e instalações mineiras de extracção e tratamento de minerais*
- *Operadores de instalações de transformação de metais*
- *Operadores de instalações de fabricação de vidro, cerâmica e trabalhadores similares*
- *Operadores de instalações de tratamentos químicos*
- *Operadores de instalações de produção de energia e trabalhadores similares*
- *Operadores de cadeias de montagem automatizadas e de "robots" industriais*

8.2 Operadores de máquinas e trabalhadores da montagem

- *Operadores de máquinas para trabalhar metais e produtos minerais*
- *Operadores de máquinas para trabalhar metais e produtos químicos*
- *Operadores de máquinas para fabricar produtos de borracha e matéria plástica*
- *Operadores de máquinas para fabricar produtos de madeira*
- *Operadores de máquinas de impressão, encadernação e fabricação de produtos de papel*
- *Operadores de máquinas para fabricar produtos têxteis e artigos em pele e couro*
- *Operadores de máquinas para fabricar alimentos e produtos similares*
- *Trabalhadores de montagem*
- *Outros operadores de máquinas e trabalhadores similares*

8.3 Condutores de veículos e embarcações e operadores de equipamentos pesados móveis

- *Maquinistas de locomotivas e trabalhadores similares*
- *Condutores de veículos a motor*
- *Operadores de maquinaria agrícola móvel e de outras máquinas móveis*
- *Mestres, marinheiros e trabalhadores similares*

9. Trabalhadores não qualificados

9.1 Trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio

- *Vendedores ambulantes e trabalhadores similares*
- *Engraxadores e trabalhadores similares*
- *Pessoal de limpeza, lavadeiras, engomadores de roupa e trabalhadores similares*
- *Porteiros de prédios urbanos, lavadores de vidros e veículos e trabalhadores similares*

9.2 Trabalhadores não qualificados da agricultura e pescas

9.3 Trabalhadores não qualificados das minas, da construção e obras públicas, da indústria transformadora e dos transportes

- *Trabalhadores não qualificados das minas e da construção civil e obras públicas*
- *Trabalhadores não qualificados da indústria transformadora*
- *Trabalhadores não qualificados dos transportes*