



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra



**Escola Superior
de Tecnologia
da Saúde**

Politécnico de Coimbra

Fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio – proposta de um programa de educação para a saúde

Mestrado em Educação para a Saúde

2022, Sara Isabel Silva Rodrigues



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra



**Escola Superior
de Tecnologia
da Saúde**

Politécnico de Coimbra

Sara Isabel Silva Rodrigues

Fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio – proposta
de um programa de educação para a saúde

Trabalho de projeto em Educação para a Saúde apresentado à Escola Superior de Educação de
Coimbra e à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra para obtenção do grau de
Mestre

Constituição do júri

Presidente: Professora Doutora Sílvia Maria Rodrigues da Cruz Parreiral

Arguente: Professora Doutora Albertina Lima de Oliveira

Orientador: Professora Doutora Ana Paula Monteiro Amaral

Outubro, 2022

Diz-me e eu esqueço, ensina-me e eu lembro-me, envolve-me e eu aprendo

(Benjamin Franklin)

Agradecimentos

Pretendo aqui deixar uma palavra de sentida gratidão e inextinguível apreço a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

O desenvolvimento deste trabalho fica-se a dever à minha orientadora, Doutora Ana Paula Amaral, pelos ensinamentos transmitidos, pelo incentivo, disponibilidade e orientação que me prestou ao longo da tese.

Aos meus queridos pais e irmão, pelo apoio recebido desde sempre, valorizando as minhas conquistas e estimulando a progressão através do esforço, dedicação e estudo.

Ao Tiago, pelo companheirismo de sempre. Pela paciência de sempre.

A todos os colegas, pela experiência e profissionalismo demonstrados no dia-a-dia e que muito contribuíram para enriquecer o trabalho aqui apresentado.

A todos, sem exceção, o meu Bem-haja!

Fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio – proposta de um programa de educação para a saúde

Resumo: Diversos fatores socioeconómicos dão origem a uma diminuição da atividade física nos países ocidentais e a maus hábitos alimentares. Estima-se que 50% da população da União Europeia tenha excesso de peso devido a uma dieta não saudável e sedentarismo, que faz disparar a ocorrência de doenças crónicas (cardiovasculares, músculo esqueléticas, psicológicas, diabetes tipo 2, cancro, ...) e conseqüente ameaça para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. A presente proposta de intervenção que desenvolvi e que denominei de “Positiva Mente, Positivo Coração”, é um projeto que surgiu após refletir no meu dia-a-dia laboral, durante as consultas de enfermagem de ensaio clínico em indivíduos com enfarte agudo do miocárdio prévio, e perceber as lacunas que poderiam ser colmatadas: ao nível da compreensão do surgimento do enfarte e posterior prevenção de novo evento e da importância da parte emocional neste âmbito. Com a sua implementação, pretendia avaliar o impacto de um programa de Educação para a Saúde nos fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio, especificamente a eficácia da intervenção proposta através da avaliação das emoções negativas, peso e pressão arterial, e se há melhoria das emoções percebidas pelo indivíduo para positivo, refletindo a alteração para um estilo de vida mais saudável. Esta proposta contaria com um momento de pré-teste e pós-teste, para avaliar os fatores emocionais, a adesão à dieta mediterrânica, a intensidade e duração da atividade física, pressão arterial e frequência cardíaca e avaliação antropométrica.

Palavras-chave: educação para a saúde, enfarte agudo do miocárdio, dieta mediterrânica, atividade física, emoções

Emotional factors and lifestyles of the individual with acute myocardial infarction – proposal of a health education program

Abstract: Several socioeconomic factors lead to a decrease in physical activity in Western countries and poor eating habits. It is estimated that 50% of the population of the European Union is overweight due to an unhealthy diet and sedentary lifestyle, which triggers the occurrence of chronic diseases (cardiovascular, skeletal muscle, psychological, type 2 diabetes, cancer, ...) and consequent threat to the sustainability of health systems. The present intervention proposal that I developed and which I called “Positiva Mente, Positivo Coração”, is a project that emerged after reflecting on my daily work, during clinical trial nursing consultations with individuals with previous acute myocardial infarction, and understand the gaps that could be filled: in terms of understanding the onset of the infarction and subsequent prevention of a new event and the importance of the emotional part in this context. With its implementation, it was intended to evaluate the impact of a Health Education program on the emotional factors and lifestyles of the individual with acute myocardial infarction, specifically the effectiveness of the proposed intervention through the assessment of negative emotions, weight and blood pressure, and if there is an improvement in the emotions perceived by the individual to positive, reflecting the change to a healthier lifestyle.

This proposal would have a pre-test and post-test period to assess emotional factors, adherence to the Mediterranean diet, intensity and duration of physical activity, blood pressure and heart rate, and anthropometric assessment.

Keywords: health education, acute myocardial infarction, mediterranean diet, physical activity, emoticons

Sumário

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
Enquadramento Teórico	13
1.1. Salutogénese	13
1.2. Doenças cardiovasculares	15
1.3. Dieta Mediterrânica	16
1.4. Atividade Física	19
1.5. Emoções	21
1.6. Ensaio Clínico	23
CAPÍTULO 2: REVISÃO DE ESTUDOS DE INTERVENÇÃO NA ÁREA	25
2.1. Revisão de Estudos de Intervenção na Área	26
CAPÍTULO 3: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	31
3.1. Procedimentos: planeamento, questões éticas, estratégias e recursos	32
3.2. Participantes	33
3.3. Instrumentos e outras formas de avaliação	33
3.3.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	33
3.3.2. Avaliação Antropométrica	33
3.3.3. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	33
3.3.4. Adesão à Dieta Mediterrânica (Instrumento PREDIMED)	34
3.3.5. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)	35
3.4. Descrição do plano de atividades de educação para a saúde	37
3.5. Resultados esperados	40
CONCLUSÃO	41
BIBLIOGRAFIA	44
ANEXOS	56
Anexos	57
Anexo 1 – Autorizações para aplicação das escalas de avaliação	57
Anexo 2 – Pronunciamento da Comissão de Ética do CHUC	58
Anexo 3 – Formulário de Consentimento Informado	59
Anexo 4 – Questionários de avaliação	64
Anexo 5 – Registo de contacto telefónico	70

Lista de abreviaturas

AP – Afeto Positivo

AN – Afeto Negativo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DCV – Doenças Cardiovasculares

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EC – Ensaio Clínico

Eps – Educação para a Saúde

FAO – Food and Agriculture Organization

GE – Grupo experimental

GC – Grupo controlo

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PREDIMED – Prevenção com Dieta Mediterrânica

RGR – Recursos Gerais de Resistência

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

INTRODUÇÃO

Introdução

A saúde é considerada um bem. Assim sendo, a educação para a saúde tem a função de ser pedagógica, didática e incluir investigação, uma vez que a prevenção representa a possibilidade de aumentar os ganhos em saúde, melhorando indicadores de morbilidade e evitando tempo de internamento e gastos em terapêuticas dispendiosas (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

Nas últimas décadas, tem-se assistido a um crescente envelhecimento das populações, explicado pelo progresso em geral e pela evolução das ciências da saúde em particular.

A evolução dos processos terapêuticos na área da saúde, nomeadamente o desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas e de fármacos mais eficazes, bem como a melhoria das condições socioeconómicas da população em geral, têm contribuído para um aumento significativo de pessoas com doenças crónicas e em situação de dependência.

De acordo com números de um estudo global sobre causas de morte, o maior número de mortes por doenças não transmissíveis foi estimado para doenças cardiovasculares (DCV), seguido dos tumores e das doenças crónicas respiratórias (Roth et al., 2018).

Na Europa, também são as doenças cardiovasculares a principal causa de morte (Wilkins et al., 2017).

Em Portugal, não é diferente. De acordo com os dados divulgados pelo INE (2021) sobre as principais causas de morte nacionais no ano de 2019 (dados provisórios), as doenças do aparelho circulatório continuam a dominar à semelhança dos anos anteriores, com o AVC e o EAM a assumirem os primeiros lugares. Do total de óbitos por EAM, 81,4% foram de pessoas com 65 e mais anos e 63,3% de pessoas com 75 e mais anos, obtendo-se um número médio de anos potenciais de vida perdidos de 11,3 anos. As mortes por EAM atingiram principalmente os homens. Em comparação com outras doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as doenças cerebrovasculares, as doenças isquémicas do coração (onde se inclui o EAM) apresentam taxas brutas de mortalidade mais elevadas nos grupos etários inferiores a 65 anos, logo, em idades produtivas, contribuindo para um aumento drástico dos custos associados à prestação de cuidados de saúde e prejuízo da economia em geral.

As DCV possuem um carácter multidimensional com consequências negativas e diretas, não só para o cidadão, mas também para a sociedade e para o sistema de saúde. Este

carácter determina que estas doenças sejam encaradas como um importante problema de saúde pública que urge minorar, através da sua prevenção, redução das incapacidades por elas causadas, promoção da saúde, prolongamento da vida ativa, compressão da morbilidade para o fim da vida e melhoria da qualidade de vida em todas as etapas do seu ciclo de evolução.

Estas doenças têm, na sua maioria, uma base aterosclerótica que envolve as artérias cerebrais, cardíacas e a circulação periférica. O processo de formação da aterosclerose é complexo e está associado a múltiplos fatores de risco que existem em elevada prevalência a nível nacional (Bourbon, Alves, and Rato, 2019).

De acordo com o relatório “A Saúde dos Portugueses 2016” (Direção-Geral da Saúde, 2016), os fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa são: hábitos alimentares inadequados (15,8%), hipertensão arterial (13,0%), fumo de tabaco (12,2%), índice de massa corporal elevado (11,5%), glicose plasmática em jejum aumentada (10,2%), consumo de álcool e drogas (8,7%) ou mesmo colesterol total elevado (5,5%), para além de nível de atividade física baixo (3,8%).

Mais recentemente, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge divulgou o relatório do estudo da prevalência de fatores de risco cardiovasculares na população portuguesa, no qual os autores verificaram que os comportamentos individuais de cada indivíduo têm um papel preponderante no risco cardiovascular. Atente-se nas seguintes prevalências: dieta inadequada (71,3%); pré-obesidade/obesidade (62,1%); hipertensão arterial (43,1%); nível baixo de atividade física (29,2%); hábitos tabágicos (25,4%); abuso de álcool (18,8%); hipercolesterolemia (colesterol-LDL \geq 160 mg/dL – 31,5%; colesterol-LDL \geq 130 mg/dL – 51,5%); história familiar de DCV prematura (11,8%); diabetes mellitus (8,9%); hipertrigliceridemia (\geq 200 mg/dL – 8,6%; $>$ 150 mg/dL – 18,6%). Cerca de 68% da população apresentava dois ou mais fatores de risco para DCV (Bourbon, Alves, and Rato, 2019).

Portanto, ambos os relatórios nos traduzem que os fatores de risco das DCV são, em grande medida, evitáveis. Além de adesão à terapêutica, o tratamento cardiovascular necessita ainda de importantes modificações no estilo de vida que contribuam para a redução ou exclusão dos fatores de risco cardiovascular identificados como potenciadores de eventos cardíacos, que se podem alterar através da utilização de estratégias

preventivas dirigidas às pessoas com doença estabelecida ou em risco elevado de a desenvolver (WHO, 2019a, 2019b).

É neste quadro epidemiológico que se insere o presente estudo, tendo como objetivo principal avaliar o impacto de um programa de EpS nos fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com EAM, especificamente a eficácia da intervenção proposta através da avaliação das emoções negativas, peso e pressão arterial, e se há melhoria das emoções percebidas pelo indivíduo para positivo, refletindo a alteração para um estilo de vida mais saudável.

Entre muitas outras competências cabe aos enfermeiros serem educadores, de forma a contribuir para a diminuição deste fenómeno. É através do acesso à informação, em sessões de educação para a saúde, que se mostra à pessoa que ela pode aprender e é possível sensibilizá-la para a importância dos conhecimentos ligados à sua saúde.

Como tal, pretende-se capacitar o participante, para ter um papel ativo na sua saúde, favorecendo deste modo a promoção da saúde, tal como preconizado pela Organização Mundial de Saúde, na Carta de Ottawa (WHO, 1986).

O presente trabalho encontra-se estruturado em três capítulos fundamentais: no Capítulo 1 pretende-se efetuar o Enquadramento Teórico sobre o tema em análise, abordando várias temáticas cruciais para justificar o desenvolvimento deste trabalho: as doenças cardiovasculares, que são uma das grandes calamidades do mundo moderno, a alimentação saudável expressa nos inúmeros benefícios da Dieta Mediterrânica, a atividade física como fator inseparável de uma alimentação saudável, as emoções como componente intimamente ligado ao coração e uma abordagem geral ao conceito de ensaio clínico, com as suas vantagens e contribuição da educação para a saúde. O Capítulo 2 aprofunda a Revisão de Programas de Intervenção na área. O Capítulo 3 concretiza a minha Proposta de Intervenção em Educação para a Saúde numa população com antecedentes de enfarte agudo do miocárdio, a participar num protocolo de ensaio clínico.

No final, serão proferidas as conclusões e considerações finais e, ainda, remetidos em anexo, alguma documentação necessária ao desenvolvimento deste estudo.

CAPÍTULO 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Enquadramento Teórico

1.1. Salutogénese

A Salutogénese descreve uma abordagem com foco nos fatores que apoiam a saúde e o bem-estar humanos, em vez de nos fatores que causam doenças. Mais especificamente, a abordagem está preocupada com as relações entre saúde, stress e *coping* (Carrondo, 2006).

Em 1979, Antonovsky enuncia um novo paradigma que se designa por “salutogénese” (do latim *salus* – saúde e do grego *genesis* – origens), que surge em oposição ao termo “patogénese”, que tem dominado a orientação médica tradicional (modelo biomédico). As suas teorias rejeitaram este conceito e, com isso, descreveram a relação entre o continuum da saúde-doença, considerando que o paradigma salutogénico deve acompanhar o paradigma patogénico e não necessariamente substituí-lo, pelo que a salutogénese não é simplesmente a oposição à orientação patogénica. Assim, todas as pessoas podem ser consideradas como mais ou menos saudáveis, sendo simultaneamente mais ou menos doentes (Carrondo, 2006).

A promoção da saúde encontra no paradigma salutogénico os fundamentos para o desenvolvimento da prática profissional. Este modelo caracteriza-se por considerar que a vida é um contínuo de momentos funcionais e disfuncionais, não se podendo estar sempre bem ou sempre mal: cada pessoa ou cada grupo aceita tanto melhor quando está mal a necessidade de passar a um estado de bem-estar, quanto maior for o sentido de coerência dessa pessoa ou desse grupo.

Antonovsky observou que, apesar de o stress ser omnipresente, nem todos os indivíduos desenvolviam indicadores negativos de saúde. Em vez disso, algumas pessoas conseguiam manter-se saudáveis apesar da sua exposição a fatores de stress potencialmente promotores de doença. Na sua teoria, para um fator de stress ser patogénico, neutro ou salutar depende do que ele chamou de recursos gerais de resistência. Um RGR é qualquer recurso de *coping* que é efetivo a evitar ou combater uma série de stressores psicossociais. A hipótese de Antonovsky era que os RGR permitiam às pessoas ter sentido de e gerir eventos nas suas vidas. Ele argumentou que ao longo do tempo, na resposta às situações positivas proporcionadas pelo uso com sucesso dos RGR, uma pessoa desenvolveria uma atitude que era em si mesma uma ferramenta essencial para lidar com o stress (Carrondo, 2006).

A salutogénese, portanto, tem a sua força na adaptabilidade e solução de problemas (Lindström & Ericksson, 2005).

O estado de saúde e de doença é determinando, em grande medida, por um fator psicológico individual: uma atitude geral do indivíduo em relação ao mundo e à sua própria vida. O que se constata é que, mesmo quando expostos às mesmas condições externas, diferentes pessoas encontram-se em diferentes estados de saúde e cada um interpreta a vida do ponto de vista cognitivo, afetivo e motivacional e mobiliza e utiliza os recursos disponíveis para manter a saúde (vimos isto acontecer aos sobreviventes dos campos de concentração nazi, por exemplo).

Isto é o sentido de coerência, que é composto por componentes como a capacidade de compreensão (a forma como o indivíduo apreende os estímulos do meio interno e externo como informação ordenada, consistente, clara e estruturada), de gestão (consiste na percepção que o indivíduo desenvolve dos recursos pessoais ou sociais que estão ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas pela situação de estímulo. Quanto mais alto o sentido de gestão do indivíduo, menos este se sente atingido negativamente pelos acontecimentos, e menos considera a vida como adversa. Estes recursos podem ser pessoais ou sociais, onde se incluem os contributos de pessoas significativas) e de investimento (a crença de que as coisas na vida são interessantes e uma fonte de satisfação, de que as coisas realmente valem a pena e que há uma boa razão ou propósito para se preocupar com o que acontece. Não se trata de encontrar satisfação em tudo o que acontece na vida, mas de investir energias para superar as situações). Esta última capacidade é a componente motivacional do sentido de coerência (Lindström & Ericksson, 2005).

O sentido de coerência é também um conceito-chave para o *coping* bem-sucedido e pode permitir que os indivíduos lidem com situações stressantes e se concentrem nos seus recursos. Um EAM implica a expectativa de modificações no estilo de vida que são necessárias para reduzir os sintomas e melhorar o seu prognóstico. Além disso, os indivíduos podem ter que lidar com desafios mentais e físicos. Tem sido relatado que doentes coronários com baixo sentido de coerência são menos propensos a mudar o seu estilo de vida do que os com elevado sentido de coerência (Løvlien, Mundal, & Hall-Lord, 2017).

1.2. Doenças cardiovasculares

As DCV é uma classe de doenças que afetam o sistema circulatório, ou seja, o coração e os vasos sanguíneos, sendo a causa número um de morte a nível mundial, com 18.6 milhões de mortes todos os anos (World Heart Federation, 2021), e Portugal não é exceção como analisado anteriormente.

Englobam vários tipos, mas as mais preocupantes são as que afetam as artérias coronárias e as cerebrais.

Para este trabalho de investigação, importa salientar a doença coronária, que é o termo utilizado para descrever os efeitos da redução ou obstrução completa do fluxo de sangue (e transporte de oxigénio e nutrientes) através das artérias coronárias como resultado de estreitamento pelo depósito de placas de gordura e outras substâncias no interior da parede das artérias coronárias. As principais manifestações clínicas da doença coronária são a angina de peito e o EAM. Este último caracteriza-se pela necrose ou morte do miocárdio, devido à diminuição ou interrupção do aporte sanguíneo coronário numa determinada área cardíaca. Esta diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo coronário provoca isquémia do miocárdio e quando é grave e muito prolongada pode provocar danos importantes, surgindo assim o EAM.

Existem diversos fatores de risco que podem potencializar o risco cardiovascular e o seu controlo é a melhor forma de o minimizar, já que, segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 80% de todos os EAM e AVC são preveníveis (World Heart Federation, 2021).

Vários autores em diversos períodos referem que a hipertensão arterial, a obesidade, a dislipidemia e a diabetes resultam essencialmente da interação entre a genética humana (com a história pessoal e familiar de doença cardiovascular), a idade e o sexo (fatores não modificáveis) e o estilo de vida moderno, promotor de hábitos desadequados a uma saúde cardíaca (fatores modificáveis). Os principais fatores de risco modificáveis, que podem, em larga medida, ser prevenidos ou controlados e estão associados ao comportamento individual, são: a dieta pouco saudável (sal em excesso, dietas hipercalóricas e hiperlipídicas), a inatividade física, o consumo excessivo de álcool, o tabaco e o stress (Bourbon, Miranda, Vicente, & Rato, s.d; Catarino, 2020; Pádua, 2012; WHO, 2019a, 2019b; World Heart Federation, 2021).

Há ainda a ter em conta que o stress psicológico, o comportamento tipo A, raiva e hostilidade são algumas das variáveis psicossociais que têm sido associadas ao desenvolvimento das DCV. Do mesmo modo, a depressão tem sido associada ao aumento do risco das DCV e mortalidade após um EAM. A experiência de um evento cardíaco na vida de um indivíduo tem muitas vezes um impacto negativo no seu funcionamento psicológico, facto este que poderá aumentar a sua vulnerabilidade à doença cardíaca, colocando-o em risco acrescido de sofrer um novo evento (McIntyre, Fernandes, & Araújo-Soares, 2000).

O risco cardiovascular global é muito importante e significa que se deve ter atenção a todos os fatores de risco ao mesmo tempo, e não só a cada um isoladamente. O combate aos fatores de risco deve fazer-se em conjunto, de forma a tentar controlar todos em simultâneo. Os fatores de risco potenciam-se uns aos outros, ou seja, ter excesso de peso ou obesidade irá aumentar a probabilidade de ter diabetes e colesterol elevado. O mesmo se aplica a quem já vive com doença coronária: permanecer saudável e ativo, irá fazer com que o indivíduo viva mais e reduza as hipóteses de agravamento da doença (Bourbon, Miranda, Vicente, & Rato, s.d; World Heart Federation, 2021).

1.3. Dieta Mediterrânica

Vários relatórios elaborados ao longo dos anos, têm sido unânimes na identificação da mesma prevalência em Portugal: a inadequada alimentação dos portugueses como o consumo excessivo de sal, açúcar, gorduras trans (processadas a nível industrial) e carne processada, conjugando-se com uma insuficiente ingestão de produtos hortícolas e frutícolas, de frutos secos e sementes, estão entre os hábitos alimentares mais prejudiciais à sua saúde (Bourbon, Alves, & Rato, 2019; Direção-Geral da Saúde, 2016; Ministério da Saúde, 2018).

Influenciados pela globalização e pela crescente supremacia dos produtos altamente processados, com elevado valor proteico de origem animal, excesso de açúcar e de sal, temo-nos vindo a afastar de um passado em que a dieta mediterrânica caracterizava maioritariamente os hábitos alimentares dos portugueses e dos povos banhados ou influenciados pelo Mediterrâneo. A industrialização da alimentação, pode estar relacionado com as doenças metabólicas (hipertensão, diabetes, colesterol elevado) relatadas em determinadas regiões mediterrânicas. Os maus hábitos alimentares incluem

o consumo elevado de gorduras saturadas e hidratos de carbono refinados, baixa ingestão de fibras e comportamento sedentário (Bach-Faig et al., 2011; Pinho, Rodrigues, & Franchini, 2016).

Mas esta dieta é o exemplo de alimentação extremamente saudável, económica e ambientalmente sustentável.

O padrão alimentar mediterrânico é o património de intercâmbios milenares (cerca de 8000 anos), que “engloba múltiplas variações locais construído de forma lenta e feito de adições sucessivas de plantas e animais, permitidas pelo clima do mediterrâneo e aceleradas pela facilidade de navegar no mar mediterrâneo” (Graça, 2019). Navegações de povos como o egípcio, o fenício, o grego, o romano, o árabe e também as regras alimentares das grandes religiões monoteístas, bem como, mais tarde, as vagas sucessivas de globalização alimentar trazidas pelos navegadores e comerciantes portugueses, espanhóis, venezianos e ingleses, no seu conjunto, transformaram a base alimentar numa diversidade cultural, com milhares de espécies de plantas e animais a adaptarem-se ao ecossistema do Mediterrâneo (Graça, 2019; Município de Tavira, s.d.).

Foi esta riqueza cultural de base popular, feita de uma enorme variedade humana, biodiversidade e conhecimento técnico de saber-fazer, rituais, símbolos e tradições sobre técnicas agrícolas, pesca, criação de gado, conservação, processamento, preparação e, especialmente, partilha e consumo de alimentos, que permitiu o reconhecimento da Dieta Mediterrânica como Património Imaterial Cultural da Humanidade pela UNESCO, numa candidatura conjunta entre Chipre, Croácia, Espanha, Grécia, Itália, Marrocos e Portugal, em dezembro de 2013 (Ministério dos Negócios Estrangeiros, 2013; UNESCO, 2013).

Além deste reconhecimento, já antes a Dieta Mediterrânica tinha sido considerada pela FAO das Nações Unidas uma dieta amiga do ambiente, resiliente às alterações climáticas, indicada pela FAO como um bom exemplo de dieta sustentável, e pela Organização Mundial de Saúde como um padrão alimentar de excelência pela sua qualidade nutricional e importância na prevenção das doenças e promoção da saúde comunitária (Município de Tavira, s.d.; Pinho et al., 2016).

A dieta mediterrânica – cujo nome deriva da palavra grega *díaita*, que quer dizer modo de vida – começou a ser descrita nos anos 50 do século XX pelo fisiologista Ancel Keys. Ele e colaboradores verificaram comparativamente e em relação a outros países uma menor

incidência de doença coronária (menor número de EAM) e maior longevidade nas populações da bacia do Mediterrâneo que consumiam determinado tipo de alimentos e a principal gordura era o azeite, faziam exercício físico quotidiano e atividades de convívio comunitário. (Bach-Faig et al., 2011; Graça, 2019; Município de Tavira, s.d.; Nestle, 1995; Pinho et al., 2016).

É caracterizada pelo consumo de produtos frescos da região, pouco processados e sazonais, por uma alimentação rica produtos hortícolas, fruta, cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas, frutos secos e oleaginosos, pelo consumo moderado de peixe, carne de aves, laticínios, ovos e de pequenas quantidades de carnes vermelhas. O azeite é a principal fonte de gordura. A bebida de eleição neste padrão alimentar é a água. A ingestão de álcool deve ser moderada, limitada preferencialmente a vinho tinto, e ocorrer durante as refeições. Outro ponto a ter em consideração é a realização de técnicas culinárias simples, variadas (sopa, cozidos, caldeiradas, ensopados, estufados), onde são sempre colocados produtos hortícolas e leguminosas, pouca quantidade de carne ou peixe, com recurso ao azeite e ervas aromáticas como condimentos em detrimento do sal. Por fim, as refeições são feitas em família e/ou entre amigos, promovendo a convivialidade. Como complemento, recomenda-se a prática diária de atividade física (Bach-Faig et al., 2011; Direção-Geral da Saúde, 2021; Graça, 2019; Município de Tavira, s.d.; Pinho et al., 2016).

Tendo por base estas características e a sua relação com o bem-estar e melhoria do estado de saúde das populações que a consomem regularmente, inúmeros estudos científicos têm sido realizados com este padrão alimentar, o que faz dele dos mais estudados em todo o mundo (Graça, 2019; Sofi, Macchi, & Abbate, 2014; Pinho et al., 2016).

Na verdade, é reconhecido que a Dieta Mediterrânica está associada a um menor risco para várias doenças crónicas, como DCV, diabetes e certos tipos de cancro (Delgado-Lista et al., 2016; Dinu, Pagliai, & Casini, 2018; Grosso et al., 2013; Guasch-Ferre et al., 2017; Koloverou, Esposito, & Giugliano, 2014; Martínez-Gonzalez, et al., 2015; Serra-Majem et al., 2019).

Atualmente, como descrito anteriormente, há grande suporte de evidência científica para a promoção do padrão alimentar mediterrânico como modelo alimentar a seguir na prevenção de doença crónica.

Vários são os estudos que tentam dar resposta ao porquê desta associação. Os mecanismos subjacentes aos benefícios deste padrão alimentar no que diz respeito às doenças cardiovasculares, advêm, possivelmente, de uma maior ingestão de fibra, micronutrientes e substâncias protetoras antioxidantes, decorrentes de um maior consumo de hortícolas e frutos e de uma maior proporção de gordura insaturada, particularmente monoinsaturada oriunda do azeite, bem como da presença de gordura polinsaturada presente no peixe, em paralelo com a diminuta ingestão diária de gordura saturada. Melhorias ao nível do perfil lipídico, redução da pressão arterial e da resistência à insulina, bem como diminuição dos marcadores de inflamação, parecem estar na base do efeito protetor reportado (Corella, Coltell, & Macian, 2018; García-Fernández, Rico-Cabanas, & Rosgaard, 2014; Grosso et al., 2017; Serra-Majem et al., 2019).

É importante enaltecer o potencial efeito protetor deste padrão alimentar enquanto resultado de interações biológicas entre diversos compostos químicos presentes nos alimentos, mais do que o efeito isolado de um único alimento ou grupo de alimentos (Cespedes & Hu, 2015; Pinho et al., 2016).

Para este efeito protetor contribui, muito provavelmente, a relação sinérgica entre diversos nutrientes e outros comportamentos inerentes ao estilo de vida, onde o convívio e apoio social da comunidade e a rede familiar estão implícitos, bem como a prática de atividade física, atribuição do tempo necessário para as refeições e o adequado período de descanso (Huhn, Masouleh, & Stumvoll, 2015).

De facto, o estilo de vida preconizado pelos povos mediterrânicos tem vindo a ser destacado em estudos dedicados à compreensão da relação entre o padrão alimentar mediterrânico e a saúde mental. Para além dos fatores nutricionais, reconhece-se a importância da interação social, com ênfase no momento de refeição em grupo, na manutenção da identidade individual e na minimização da noção de solidão, isolamento e stress (Serra-Majem et al., 2019; Yannakoulia, Kontogianni, & Scarmeas, 2015).

1.4. Atividade Física

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento, realizado pelos músculos esqueléticos, que aumenta o consumo de energia acima do nível de repouso (Direção Geral de Saúde, 2016). Esta ampla definição, significa que todos os tipos de atividade física

são importantes, inclusive o caminhar ou andar de bicicleta como meio de transporte, o dançar, os jogos tradicionais, a jardinagem e os trabalhos domésticos, bem como a prática desportiva ou de exercício físico.

A actividade física, a saúde e a qualidade de vida estão intimamente interligadas. Não existe qualquer dúvida quanto ao facto de o sedentarismo ser um factor de risco para o desenvolvimento de muitas doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, que são uma das principais causas de morte no mundo ocidental. Além disso, uma vida activa proporciona muitos outros benefícios sociais e psicológicos. (Unidade do Desporto da Direcção-Geral para a Educação e para a Cultura da Comissão Europeia, 2009, p. 1)

Ao longo da evolução da espécie humana, o património genético foi moldado ao longo de milhares de anos, de modo a estarmos aptos para sobrevivermos num mundo em que o movimento era crucial à sobrevivência (para caçar, por exemplo).

Hoje em dia assistimos a uma tal inatividade do Homem, que as consequências para a sua saúde são evidentes: estima-se que 5% da doença coronária, 7% da diabetes tipo II, 9% do cancro da mama e 10% cancro do cólon sejam causados por inatividade física. Adicionalmente, os níveis de excesso de peso e de obesidade têm vindo a aumentar. A inatividade física é um dos fatores que contribuem para o desequilíbrio entre consumo e gasto energético, que leva ao aumento de peso (Shinn, Salgado e Rodrigues, 2019).

Já em Portugal, de acordo com o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física, e considerando as consequências anteriormente descritas, estima-se que a inatividade física seja responsável por: 8% dos casos de doença das coronárias; 11% dos casos da diabetes do tipo II; 14% dos casos de cancro da mama, e 15% de cancro colorretal. Relativamente à mortalidade atribuída à inatividade, a percentagem é estimada em 14% (Direcção-Geral da Saúde, 2017).

O Eurobarómetro Desporto e Atividade Física (2017) revelou dados desoladores sobre a prevalência da inatividade física em Portugal: 74% dos adultos *nunca* ou *raramente* faziam exercício ou desporto, sendo que apenas 23% cumpriam as recomendações da OMS (Direcção-Geral da Saúde, 2017).

Ora, isto leva a custos para o país. Na mesma fonte pode-se ler que a revista *Lancet*, em 2016, revelou que a inatividade física em Portugal tinha um custo total situado entre 210 e 460 milhões de euros, incluindo custos diretos (por exemplo, internamentos, medicamentos, cirurgias) e perdas de produtividade com mortalidade prematura (dados de 2013).

Cientificamente comprovadas são os benefícios da prática de atividade física: reduz o risco de morte prematura geral e o de morte por doença cardíaca; reduz o risco de diabetes; ajuda a minimizar a hipertensão e reduz o risco associado a esta condição; atenua o risco de aparecimento do cancro do cólon; ajuda a controlar o peso e a obesidade; ajuda a construir e manter ossos, músculos e articulações saudáveis; diminui os sentimentos de ansiedade e depressão; ajuda os idosos a ficarem mais aptos e a evitarem quedas, e promove o bem-estar físico e psicológico em geral (Unidade do Desporto da Direcção-Geral para a Educação e para a Cultura da Comissão Europeia, 2009; WHO, 2006).

Conforme refere a Unidade do Desporto da Direcção-Geral para a Educação e para a Cultura da Comissão Europeia (2009), a OMS recomenda, para adultos saudáveis, com idade entre os 18 e os 65 anos, 30 minutos de atividade física de intensidade moderada 5 dias por semana, ou pelo menos 20 minutos de atividade física de intensidade vigorosa 3 dias por semana. Para adultos com mais de 65 anos, as metas deverão ser idênticas às dos adultos mais jovens. Nesta faixa etária há que ter em atenção importantes exercícios de treino da força e do equilíbrio para evitar quedas.

1.5. Emoções

A relação entre saúde mental e comportamentos não saudáveis sugere que um grande número de indivíduos pode não aderir às recomendações de estilo de vida para a redução do seu risco cardiovascular, porque lhes faltam capacidade emocional e estratégias de *coping* para manter os comportamentos saudáveis recomendados. O baixo grau de bem-estar mental pode ser especialmente prejudicial para a mudança de comportamento em indivíduos com obesidade (Arrebola-Moreno, Petrova, & Sánchez, 2020).

Pedersen, Kanel, and Tully (2017) também exploraram o papel dos fatores de risco psicossociais na doença cardiovascular. Emoções negativas, personalidade do tipo D, hostil/com raiva, e o stress, quando presentes, conduzem à disfunção de mecanismos

biológicos e comportamentais, levando a um aumento dos tradicionais fatores de risco cardiovasculares, como a hipertensão arterial, a obesidade, a diabetes. O resultado destes processos, leva ao surgimento de aterosclerose e a aterotrombose, bem estabelecidas no contributo para manifestações clínicas de síndrome coronário agudo, doença coronária estável ou mesmo mortalidade cardiovascular.

As emoções representam um fator fundamental no desenvolvimento da pessoa (Denervaud, Mumenthaler, & Gentaz, 2020; Sexton & Adair, 2019). O termo “emoção” pode ser definido como um conjunto de interações que ocorrem entre fatores objetivos e subjetivos. Esses fatores pertencem a um meio neuronal-hormonal de produzir experiências afetivas e manifestam-se em determinados comportamentos (Adolphs, Mlodinow, & Barret, 2019; Lee, Hyungil, & Richards, 2019).

O conceito de afeto corresponde à dimensão emocional do bem-estar subjetivo (Antunes et al., 2020) e encontra-se dividido em duas dimensões: afeto positivo e afeto negativo, definidos como dimensões gerais que descrevem a experiência afetiva dos indivíduos (Galinha, Pereira, & Esteves, 2014). Para melhor compreensão, Galinha et al. (2014), referem que o afeto negativo “elevado reflete desprazer e mal-estar subjetivo, incluindo emoções como *medo, nervosismo e perturbação*” (p. 54); já o afeto positivo “elevado reflete prazer e bem-estar subjetivo, incluindo emoções como *entusiasmo, inspiração e determinação*” (p. 54).

Segundo Diener e Chan (2011), há evidências de que altos níveis de bem-estar subjetivo contribuem para melhorias na saúde e longevidade dos indivíduos; alguns indicadores de bem-estar subjetivo são influenciados positivamente pela prática de atividade física (Solberg, Hopkins, Ommundsen, & Halvari, 2012), como, por exemplo, afeto positivo percebido por idosos (Strachan, Brawley, Spink, & Glazebrook, 2010).

Como refere Rodrigues (2016), o relaxamento visa aliviar o componente fisiológico e integrar a respiração diafragmática e o relaxamento muscular progressivo com ou sem imaginação guiada. As técnicas de respiração e relaxamento procuram oferecer um alívio da ansiedade presente, através do desenvolvimento de estratégias de *coping*, habilidades e conhecimento sobre a doença que permita um maior controlo e assim uma maior qualidade de vida.

1.6. Ensaio Clínico

Segundo a Lei n.º 73/2015, os EC são definidos como

qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou a verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou a identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia.

Rocha & Serras (2019) apresentam as vantagens de um indivíduo participar num EC: permite-lhe ter acesso precoce e gratuito a novos tratamentos, ainda não aprovados e, como tal, não disponíveis no mercado; contribui para aumentar o conhecimento médico, garantindo que futuros doentes possam vir a beneficiar de novos tratamentos e haja melhoria dos cuidados assistenciais, e tem um potencial para aumentar a sua qualidade e/ou tempo de vida.

A participação do doente num EC permite-lhe ainda ter um papel ativo na gestão da sua doença, contribuindo assim para o progresso da sociedade e do conhecimento científico (Alzheimer Portugal, 2019).

Ter uma equipa de investigação especializada (médico(a), enfermeiro(a), coordenador(a), ...) ao dispor permite uma abordagem mais eficaz no atendimento de doentes inseridos em consulta de EC, uma vez que potencia e promove o estabelecimento de uma relação de maior confiança, empatia e proximidade com cada participante. Nesta interação, o enfermeiro tem um papel crucial na implementação e condução do EC, incentivando o doente a participar ativa, livre e conscientemente no protocolo de investigação, através de uma linguagem clara e direcionada a cada participante, promovendo, dessa forma, a aprendizagem e a mudança comportamental face à sua própria doença (Paiva, Pais, & Rodrigues, 2021).

Atendendo ao facto de o indivíduo ser acompanhado na consulta de EC do Serviço de Cardiologia do CHUC de forma global e não apenas para a doença que o levou a ser

inserido no protocolo de estudo, faz todo o sentido educar para a saúde de forma mais estruturada.

Conforme abordei até este ponto, o EAM pode e deve ser prevenido pela mudança de comportamentos nos vários âmbitos. Daí a minha necessidade de criar um projeto de intervenção que possa contribuir para a alteração dos fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com EAM, de modo a que a pessoa compreenda melhor que, associado ao tratamento farmacológico, é essencial um tratamento não farmacológico efetivo.

CAPÍTULO 2: REVISÃO DE ESTUDOS DE INTERVENÇÃO NA ÁREA

2.1. Revisão de Estudos de Intervenção na Área

O prognóstico de pacientes com enfarte do miocárdio depende de um controlo dos fatores de risco cardiovasculares sustentada a longo prazo. No entanto, dados internacionais atuais do “mundo real” mostram que os fatores de risco não são suficientemente controlados na maioria dos pacientes com doença coronária. Um número crescente de ensaios demonstrou efeitos benéficos de programas de prevenção de longo prazo para melhorar esse controlo dos fatores de risco. A implementação desses programas na prática clínica e uma melhor conscientização pública sobre o seu controlo a longo prazo em indivíduos com doença coronária têm potencial para melhorar ainda mais o prognóstico após o enfarte. Para aumentar a atratividade dos programas de prevenção de longo prazo, devem ser incluídas estratégias inovadoras, como controlo por telemetria e individualização da prevenção (Osteresch, Fach, Schmucker, & Eitel, 2019).

Um Programa de 8 semanas para avaliar o efeito na pressão arterial em 548 indivíduos na comunidade com pré e hipertensão diagnosticadas foi desenvolvido por Darviri et al. (2015). Houve redução significativa nos valores da pressão arterial, bem como em outras variáveis avaliadas, tais como, IMC, stress percebido, ansiedade e depressão.

Lee et al. (2021), através de revisão da literatura com estudos randomizados, procuraram determinar o efeito da caminhada como intervenção de atividade física na pressão arterial e na frequência cardíaca. Evidências de certeza moderada sugerem que caminhar provavelmente reduz a pressão arterial sistólica, mas evidências de baixa certeza sugerem que caminhar pode reduzir a pressão arterial diastólica e a frequência cardíaca.

Grosso et al. (2015), na sua meta análise para investigar a associação em estudos prospetivos e ensaios clínicos randomizados entre a adesão à dieta Mediterrânica e incidência e mortalidade nas doenças cardiovasculares, concluíram que um padrão alimentar mediterrâneo está associado a menores riscos de incidência e mortalidade por DCV.

O estudo randomizado PREDIMED-Plus pretendeu descrever as mudanças em 12 meses no peso corporal e nos fatores de risco cardiovascular, avaliando a eficácia a longo prazo de uma intervenção intensiva no estilo de vida para perda de peso na prevenção cardiovascular primária. Os autores concluíram que esta intervenção foi eficaz na redução da adiposidade e na melhoria dos fatores de risco cardiovascular em idosos com excesso

de peso/obesidade com síndrome metabólica, bem como em indivíduos com ou em risco de diabetes (Salas-Salvadó et al., 2019).

Na revisão sistemática da literatura de estudos prospetivos publicados entre janeiro de 2000 e janeiro de 2020 realizada por Abbate, Gallardo-Alfaro, Bibiloni, & Tur (2020), verificou-se que a dieta mediterrânica tem o efeito mais benéfico sobre os eventos cardiovasculares e o aumento das horas de atividade física está fortemente relacionado com uma melhoria dos fatores de risco cardiovasculares.

Doležel & Jarošová (2019) propuseram-se a determinar o efeito da educação na prevalência dos fatores de risco e adesão a medidas de estilo de vida em pessoas com EAM. A amostra de 165 indivíduos foi dividida em dois grupos, em que o GE recebeu um padrão educativo de enfermagem previamente desenvolvido (hospitalizado, até 3 dias após EAM e depois no primeiro, sexto e décimo segundo mês da alta hospitalar) e o GC não recebeu qualquer nível de educação pelo(a) enfermeiro(a). O padrão educativo, feito de forma individual, com duração de 30-60 minutos em cada sessão, consistiu em: na sessão inicial, os participantes foram informados sobre a sua condição clínica (EAM), alertando para sinais e sintomas, regime terapêutico, uso de medicamentos e mudanças de estilo de vida; mais tarde incluiu recomendações sobre uma dieta adequada, atividade física, desabitação tabágica e controlo da pressão arterial. No fim das sessões, o(a) enfermeiro(a) determinou se as metas foram atingidas e avaliou a eficácia do programa. As atividades educativas dos enfermeiros na prevenção secundária da doença coronária são a chave para um melhor conhecimento da própria doença, uso regular de medicamentos, controlo da pressão arterial, índice de massa corporal ideal, níveis estáveis de colesterol total, desabitação tabágica, atividade física adequada e hábitos alimentares em indivíduos após EAM. Sendo educados de acordo com o padrão de cuidados de enfermagem desenvolvido, o GE, após um ano de acompanhamento, apresentou estatisticamente melhor conhecimento sobre sua condição e demonstrou melhor adesão à terapêutica farmacológica, e a pressão arterial sistólica e o colesterol total diminuíram em média 2,5 mmHg e 0,3 mmol/l, respetivamente. Já após um mês, os participantes desse grupo aumentaram a sua atividade física em média 35 minutos por semana.

Num estudo para determinar o efeito da consulta de enfermagem por telefone – a tele-enfermagem – na autoeficácia em 40 indivíduos com EAM, os autores realizaram o treino

de rotina a ambos os GC e GE com 20 participantes cada, acrescentando ao GE o acompanhamento telefónico de enfermagem uma vez por semana, com média de 10 minutos de duração, durante um mês. A tele-enfermagem pode melhorar a adesão ao programa de tratamento e promover a autoeficácia dos pacientes, conforme comprovado neste estudo. Isto pode ser devido ao facto de que o uso da tecnologia de tele-enfermagem aumenta a comunicação entre o doente e o enfermeiro e proporciona ao indivíduo acesso rápido a serviços e pessoas especializadas, e também o acompanhamento contínuo destas pessoas permite que eles adquiram gradualmente a capacidade de gerir e lidar com as complicações e sintomas da doença e exibir comportamentos de saúde adequados quando se deparam com mudanças das circunstâncias. Portanto, devido à sua confiabilidade, disponibilidade e baixo custo, esse método pode ser utilizado na assistência e acompanhamento da pessoa com EAM (Keshavaraz, Naderifar, & Firouzkohi, 2020).

De acordo com Abreu (2017), estudos em indivíduos que sofreram EAM revelam altos níveis de depressão e ansiedade. Indivíduos com depressão ou ansiedade são hospitalizados com mais frequência no ano seguinte e aqueles com depressão têm menor probabilidade de retornar ao trabalho, tanto em tempo integral quanto em horário reduzido. Intervenções educativas podem ter efeitos positivos sobre o estado psicológico do indivíduo, reduzindo a ansiedade e o medo e corrigindo ideias erradas sobre a doença isquémica do coração e suas consequências, bem como aumentando a motivação para mudar hábitos e aderir à terapêutica. É essencial discutir as preocupações, medos e crenças dos indivíduos sobre a saúde com eles. Isto pode ser feito por meio de aconselhamento individual, que é mais específico e cobre apenas os seus problemas e fatores de risco, enquanto as reuniões em grupo permitem que os doentes cardíacos compartilhem preocupações comuns, se ajudem mutuamente, obtenham informações úteis e recebam orientações sobre como retomar às suas atividades normais.

Fernandes, McIntyre, & Coelho (2017) avaliaram a eficácia de um programa de intervenção psicológica breve na fase I da reabilitação cardíaca da síndrome coronária aguda em 121 doentes admitidos num hospital. Foram efetuadas duas sessões de 1h15 min, 2-3 dias após a admissão hospitalar, e uma avaliação de follow-up um mês após a alta hospitalar de 20 min. Os doentes foram avaliados em quatro momentos: pré-teste, pós-teste, um e dois meses follow-up. Os resultados demonstraram um efeito positivo e

significativo da intervenção. A ansiedade e depressão evidenciaram uma redução significativa e as representações de doença melhoraram significativamente no GE, comparativamente ao GC. No GE estas alterações mantiveram-se ou aumentaram no follow-up de um e dois meses, enquanto no GC houve uma deterioração no ajustamento psicológico. Um acompanhamento mais longo seria útil para determinar se as mudanças observadas são mantidas no longo prazo.

Jeihooni et al. (2018) aplicaram a *Theory of Planned Behaviour* no desenvolvimento de um programa de educação. Num estudo quasi-experimental com 100 doentes com EAM (50 indivíduos no GC e 50 no GE), hospitalizados num hospital do Irão, realizaram 8 sessões de 55-60 minutos, em que abordaram temas como sintomas e fatores de risco de EAM; métodos de cozinhar saudáveis; melhorar a alimentação no trabalho; métodos de perda de peso; efeitos positivos da atividade física no corpo; efeitos do exercício no EAM; stresse e como geri-lo; reabilitação cardíaca; papel das atitudes e crenças na melhoria do estilo de vida e os obstáculos e facilitadores encontrados na sociedade para melhorar o estilo de vida saudável. Com isto, três meses após a intervenção, obtiveram efetivamente a mudança de comportamentos para um estilo de vida mais saudável no GE. Deixam a recomendação de se aplicarem programas semelhantes, além da monitorização ao longo do tempo.

Aghatabay, Sepahmansour, & Hatami (2019) pretenderam avaliar o efeito de um treino do otimismo, baseado na Teoria da felicidade de Seligman e Segerstrom, na redução de problemas emocionais e aumento da satisfação com a vida em 90 indivíduos com EAM entre os 40-65 anos. As 10 sessões eram de 90 minutos, uma vez por semana, num hospital. De acordo com os resultados do estudo, o treino do otimismo teve um efeito na redução dos problemas emocionais e aumentou a satisfação com a vida no GE, reduzindo significativamente a ansiedade, depressão e stresse nesses indivíduos, uma vez que o otimismo desempenha um papel importante para enfrentar eventos stressantes e adversos e pessoas otimistas adaptam-se melhor a situações stressantes em comparação com os pessimistas, com repercussões positivas em sua qualidade de vida.

Num estudo que envolveu 724 indivíduos com EAM com supra-desnívelamento do segmento ST, acompanhados durante dois anos, na Universidade de Ciências Médicas de Isfahan, pretendeu-se avaliar a correlação do sentido de coerência com a ocorrência de eventos cardíacos adversos major (MACE), definidos como EAM não fatal, acidente

vascular cerebral não fatal e morte relacionada à doença cardiovascular aterosclerótica. Os resultados primários do estudo mostraram que o sentido de coerência foi um determinante independente de MACE entre os pacientes com doença coronária. O estudo atual acredita que sentido de coerência mais elevado está diretamente associado à redução de incidência de eventos cardiovasculares e resultados adversos a longo prazo (Roohafza et al., 2021).

CAPÍTULO 3: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Proposta de Intervenção

A forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais expressas no que poderemos entender como estilo de vida, constitui assim uma questão fulcral na génese da saúde individual e coletiva.

Construir uma vida saudável implica alterar comportamentos e adotar certos estilos de vida, aprender a enfrentar condições ou situações adversas e também estabelecer relações afetivas solidárias, adotando uma postura de ser e estar no mundo com o objetivo de bem-estar e de bem viver.

Com base no acima exposto, preparei este Projeto de Intervenção.

3.1. Procedimentos: planeamento, questões éticas, estratégias e recursos

Trata-se de uma proposta de intervenção com duração de 10 semanas, com avaliação antes e após as sessões de Educação para a Saúde.

Como este projeto tinha previsão de ser implementado, avancei com os trâmites legais para o fazer. A proposta de estudo foi aprovada pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e da Comissão de Ética do Politécnico de Coimbra, de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção. Os princípios éticos e deontológicos inerentes à investigação, designadamente, o anonimato, a privacidade, a confidencialidade e o consentimento informado e esclarecido do(a) participante, segundo a Declaração de Helsínquia, seriam salvaguardados.

Após ser assegurado o anonimato da participação e de todos os dados recolhidos durante a execução do estudo, os indivíduos que aceitassem participar livre e esclarecidamente no estudo assinariam o consentimento informado. O anonimato seria assegurado pela investigadora através da atribuição de um número de código a cada participante. Esse número corresponderia a uma sequência previamente estabelecida: ordem de integração no estudo. Todos os instrumentos utilizados correspondentes a cada participante seriam codificados com a mesma sequência e introduzidos, desta forma, na base de dados, inviabilizando a identificação dos indivíduos em estudo. Os dados seriam unicamente conservados apenas durante o período necessário para a finalidade para a qual os dados seriam tratados.

3.2. Participantes

Esperar-se-ia a participação de 30 indivíduos com EAM, portugueses, da região de Coimbra, participantes em EC do Serviço de Cardiologia do CHUC, com idade > 45 anos. Seriam divididos em dois grupos: 15 indivíduos para o GE e 15 para o GC. Critérios de inclusão: saber ler e escrever; ter EAM prévio; ter mais de 45 anos; ser seguido em consulta de EC do Serviço de Cardiologia do CHUC. Critérios de exclusão: patologias neurológicas que impeçam a compreensão do estudo; sem cuidadores que permitam a recolha da informação necessária; recusa em participar no estudo; limitação física que impeça a realização de atividade física.

3.3. Instrumentos e outras formas de avaliação

A avaliação inicial decorreria após a assinatura do consentimento informado pelo indivíduo.

Seria aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica para colheita de dados inicial e uma avaliação inicial (T0) e final (T1):

Avaliação antropométrica; Questionário para a avaliação dos fatores emocionais: Positive and Negative Affect Schedule (PANAS); Adesão à Dieta Mediterrânica (instrumento PREDIMED); Intensidade e duração da atividade física: Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ).

3.3.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

A caracterização dos participantes seria realizada através de um questionário sociodemográfico e clínico, que englobaria os seguintes aspetos: género, idade, estado civil, grau de escolaridade, área de residência, fatores de risco cardiovasculares e número de EAM prévios.

3.3.2. Avaliação Antropométrica

Como parâmetros antropométricos seriam colhidos os seguintes dados: altura, peso, perímetro abdominal, índice de massa corporal, e sinais vitais: pressão arterial e frequência cardíaca.

3.3.3. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

Esta escala é um dos instrumentos mais utilizados e recomendados na literatura sobre avaliação de emoções (Thompson, 2007). Foi criada para medir o AP e o AN, que são dimensões gerais para descrever a experiência afetiva dos indivíduos (Galinha, Pereira, &

Esteves 2014), e como um instrumento curto e fácil de administrar que superaria os problemas de fiabilidade e validade que as escalas anteriores sofriam para avaliar o AP e AN (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). A PANAS mostrou excelentes propriedades psicométricas em diferentes estudos com amostras de adultos, estudantes, bem como ao longo de todo o ciclo vital, estando traduzido para inúmeros idiomas (Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2015). Entre eles está a versão em português que foi validada e adaptada à população portuguesa por Galinha & Pais-Ribeiro (2005), tendo por base os mesmos pressupostos metodológicos adotados pelos autores da versão original, ainda que tendo em consideração as características peculiares que definem o afeto, bem como a disparidades lexicais, diferenças de contexto e cultura.

Para este projeto, optei pela escolha da escala na versão reduzida, desenvolvida por Galinha, Pereira, & Esteves (2014), que apresenta boas características psicométricas, é breve e de fácil resposta. Esta escala consiste num conjunto de dez palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções e reporta-se à última semana, como instrução temporal de resposta. O participante tem de indicar se sentiu cada afeto neste espaço temporal numa escala de Likert de cinco pontos (1 = Nada ou muito ligeiramente a 5 = Extremamente). O AN elevado reflete desprazer e mal-estar subjetivo, incluído nos itens assustado, amedrontado, atormentado, nervoso e culpado. O AP elevado reflete prazer e bem-estar subjetivo, incluindo nos itens entusiasmado, inspirado, determinado, interessado e ativo (Antunes et al., 2020; Galinha, Pereira, & Esteves 2014; Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2015).

3.3.4. Adesão à Dieta Mediterrânica (Instrumento PREDIMED)

O questionário de avaliação da adesão à Dieta Mediterrânica escolhido foi o questionário PREDIMED por ser prático de utilizar em contexto clínico e estar traduzido para português por Afonso, Moreira, & Oliveira (2014). Foi desenvolvido em Espanha com o objetivo de analisar a eficácia da Dieta Mediterrânica na prevenção primária da doença cardiovascular e observar o seu efeito a longo prazo em participantes com elevado risco cardiovascular (Martínez-González et al., 2012). Os autores desenvolveram um questionário com 14 perguntas, que permite categorizar a adesão à dieta Mediterrânica do indivíduo como boa ou fraca (Afonso, Moreira, & Oliveira, 2014). O score final PREDIMED varia de 0 a 14 (Schröder et al., 2011). A pontuação final da escala categoriza os indivíduos como tendo

baixa adesão (entre 0 e 5 pontos), adesão moderada (entre 6 e 9 pontos) ou adesão elevada (10 ou mais pontos) à dieta mediterrânica (Martínez-González et al., 2012). Critérios para atribuição de 1 ponto (Schröder et al., 2011): utilizar o azeite como principal fonte de gordura para cozinhar; consumir preferencialmente carne branca do que carne vermelha; consumir 4 ou mais colheres de sopa (1 colher de sopa = 13,5 g) de azeite por dia (incluindo o utilizado na frigideira, saladas, refeições comidas fora de casa, etc.); consumir 2 ou mais doses de vegetais por dia (1 dose=200g); ingerir 3 ou mais peças de fruta por dia; consumir <1 dose de carne vermelha ou salsichas por dia (1 dose=50 a 100g); ingerir <1 dose de gordura animal por dia (1 dose=12g); beber < 100 ml (1 chávena) de bebidas açucaradas por dia; beber 7 ou mais dose de vinho tinto por semana; consumir 3 ou mais doses de leguminosas por semana (dose=150 g); consumir 3 ou mais doses de pescado por semana (1 dose= 100 a 150 g peixe ou 200 g marisco); consumir menos de 2 doces ou pastelaria comercial (bolo, bolachas, pudins) por semana; ingerir 3 ou mais doses de frutos oleaginosos por semana (1 dose=30g); consumir 2 ou mais doses por semana de um prato com um molho tradicional de tomate, alho, cebola ou alho salteado em azeite. Este instrumento foi previamente validado (Schröder et al., 2011).

3.3.5. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)

O IPAQ é um instrumento que foi desenvolvido para avaliar o nível de atividade física dos indivíduos adultos. É um instrumento de avaliação subjetiva que se baseia na perceção individual de cada indivíduo em relação aos seus níveis de atividade física (IPAQ, 2005). Foi ainda selecionado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (versão portuguesa, versão curta), para recolher informação acerca dos últimos 7 dias de atividade física.

O IPAQ foi desenvolvido por um grupo de investigadores reunidos pela OMS, pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e pelo Instituto Karolinska da Suécia, em 2000. Nessa altura foi testada a fiabilidade e validade deste questionário em 12 países, entre os quais Portugal. A sua versão original contou com a validação do questionário nas suas versões curta e longa e nas suas diferentes formas de administração: por telefone, por entrevista ou através de autopreenchimento (Craig et al., 2003). O IPAQ questiona acerca de três tipos específicos de atividade realizada dentro dos quatro domínios da escala, caracterizando a frequência por semana (número de

vezes) e o tempo (minutos/dia) despendidos em: 1) atividade de intensidade vigorosa, 2) atividade de intensidade moderada, 3) caminhar pelo menos 10 minutos de uma só vez, e 4) horas sentado e/ou deitado (exceto para dormir), por dia (IPAQ, 2005).

Para calcular a pontuação do IPAQ na versão curta utiliza-se o somatório da duração (em minutos) e a frequência (dias) destes três tipos de atividades (Craig et al., 2003; IPAQ, 2005). A última questão do IPAQ que se refere ao tempo despendido sentado é um indicador adicional da atividade sedentária e não é incluído como parte da pontuação global da atividade física (IPAQ, 2005).

A forma curta do IPAQ pode ser usada em estudos de prevalência enquanto que a forma longa deve ser utilizada em estudos que requeiram mais detalhe em domínios separados da atividade física (IPAQ, 2005). No presente estudo será utilizada a forma curta do IPAQ. A versão curta do IPAQ tem a vantagem de poder ser respondida de forma rápida, num máximo de 10 minutos (Craig et al., 2003).

O IPAQ permite, tanto para a versão curta como para a versão longa, dois tipos de classificação: por categorias (nível baixo, moderado e elevado de atividade física) e contínua (através da conversão das atividades praticadas em MET's-minuto) (IPAQ, 2005). No entanto, e porque no presente estudo vai ser utilizada a versão curta do IPAQ, a seguir descrevem-se as formas de pontuação apenas para esta versão.

Em relação à classificação por categorias de atividade física (IPAQ, 2005):

- Nível de atividade física baixo: incluem-se todos os indivíduos que não tenham um nível moderado ou elevado de atividade física. Por esta razão são considerados inativos ou com um nível baixo de atividade física;
- Nível de atividade física moderado: incluem-se os indivíduos com três ou mais dias de atividade vigorosa com pelo menos 20 minutos de duração, cinco ou mais dias de atividade intensa a moderada ou uma caminhada de pelo menos 30 minutos por dia ou cinco ou mais dias de qualquer combinação entre caminhada, atividade moderada a intensa ou vigorosa atingindo pelo menos 600 MET-min por semana;
- Nível de atividade física elevada: incluem-se os indivíduos que cumpram um dos seguintes critérios: atividade vigorosa-intensa em pelo menos três dias e acumulação de pelo menos 1500 MET-min por semana; sete ou mais dias de qualquer combinação entre caminhada e atividades moderadas ou intensas que atinjam pelo menos 3000 MET-min por semana.

Em relação à cotação dos resultados de forma contínua, o nível de atividade física pode ser calculado através da estimativa de gasto energético em cada atividade (medidas em MET's¹) tendo em conta a duração e frequência da mesma, originando, assim, um resultado em MET-minutos/semana. São assim definidas quatro equações que permitem pontuar as atividades que envolvam caminhada, atividades de intensidade moderada, atividades de intensidade vigorosa e a pontuação total para a atividade física no seu todo (IPAQ, 2005):

- Caminhada (MET-minutos/semana) = 3.3 * Duração (minutos) * frequência (dias);
- Atividades Moderadas (MET-minutos/semana) = 4.0 * Duração (minutos) * frequência (dias);
- Atividades Vigorosas (MET-minutos/semana) = 8.0 * Duração (minutos) * frequência (dias);
- Atividade física Total (MET-minutos/semana) = Caminhada + Atividades Moderadas + Atividades Vigorosas (MET-minutos/semana);

A constante em MET's de cada equação, baseia-se nas orientações de Ainsworth et al. (2000) e deriva da média do gasto energético (em MET's) despendido para cada tipo de atividade (IPAQ, 2005).

3.4. Descrição do plano de atividades de educação para a saúde

A aplicação deste programa de Educação para a Saúde, sob o lema “Positiva Mente, Positivo Coração”, previa 5 sessões presenciais e 5 sessões através de contacto telefónico sobre a problemática do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio e seus fatores de risco modificáveis, nomeadamente, emocionais e físicos (hipertensão arterial, excesso de peso, padrão alimentar não saudável e sedentarismo), com a duração de 40 minutos e 15 minutos, respetivamente, ao longo de 10 semanas.

Os temas a abordar seriam os seguintes: primeira sessão – O EAM: construir conceitos, desconstruir mitos; segunda sessão – Emoções e EAM; terceira sessão – Alimentação saudável e EAM; quarta sessão – Atividade Física e EAM; quinta sessão – O trio perfeito (emoções, alimentação saudável e atividade física).

¹ 1 MET é estimado corresponder a 3,5 mL O₂.kg⁻¹ e corresponde à taxa metabólica de repouso obtida permanecendo o indivíduo sentado e quieto. (Ainsworth et al., 2000)

As sessões presenciais teriam, aproximadamente, uma primeira parte de 5 min. de introdução e discussão inicial do tema, seguindo-se 30 min. de abordagem da temática programada para essa sessão e concluir-se-ia com 5 min. de relaxamento guiado com respiração.

Na primeira sessão, intitulada “O EAM: construir conceitos, desconstruir mitos”, pretendia-se esclarecer os participantes sobre o que é o EAM, sinais e sintomas, tratamento, fatores de risco modificáveis e não modificáveis e prevenção de novo evento. Importaria também desconstruir alguns mitos que pudessem existir acerca do EAM, como indivíduos com menos de 40 anos ou magras não têm EAM ou todos os casos de EAM provocam dor no peito ou mesmo após um EAM a pessoa não pode praticar mais exercício físico ou fazer esforços. O objetivo também era ir conversando com os participantes, percebendo as perspetivas do seu evento cardíaco em particular – porque cada indivíduo tem uma experiência muito própria da vivência do evento – e do EAM em geral. Nos 15 min. antes de terminar a sessão, um cardiologista iria participar, via Zoom, para deixar conselhos e esclarecer dúvidas mais específicas que os participantes pudessem ter.

Os últimos 5 min. desta sessão, assim como nas próximas, seriam de relaxamento guiado com respiração, procurando que cada participante esteja numa posição confortável, sentado ou deitado, devendo sentir-se descontraído sem tensão muscular e com os olhos preferencialmente fechados. A sala teria de ser, desde início, um local tranquilo, isento de ruídos e de possíveis interrupções, diminuindo-se a luminosidade nestes 5 min. A condução deste relaxamento seria realizada pela investigadora, com frases curtas, pausadas, ditas com clareza, guiando o participante num controlo respiratório lento e profundo.

Na segunda sessão, “Emoções e EAM”, explorar-se-ia uma parte muitas vezes esquecida da nossa saúde global: a saúde mental configurada na parte emocional do indivíduo; porque o objetivo não é deixar de experienciar emoções desagradáveis, pois elas aparecerão naturalmente ao longo do ciclo de vida, mas é não se deixar dominar por elas e aprender a geri-las e aceitá-las. A expressão das próprias emoções torna-se um fator preponderante para a resolução de alguma sintomatologia que se manifesta sem causa aparente no nosso corpo. Demonstrar que o profissional de saúde com que o indivíduo tenha empatia está disponível para o escutar e aconselhar é fundamental nos casos em que família e/ou amigos não correspondam a essa partilha.

A terceira sessão centrar-se-ia na temática “Alimentação saudável e EAM”. Se consideramos a alimentação uma necessidade básica do ser humano, é importante interiorizarmos que tem um papel preponderante na saúde do indivíduo. Com esta sessão o alerta é mesmo o de mudança de hábitos, com a Dieta Mediterrânica a ser explorada. Pois se é de um estilo de vida saudável que se fala, não se pode enveredar por tipos de alimentação ou dietas por determinados períodos de tempo, mas de comportamentos alimentares que se consigam manter, aprendendo, ao longo da vida. No final, seria distribuído um documento com exemplos práticos de receitas mediterrânicas, desde entradas a sobremesas, porque nada deve ser cortado, mas sim doseado.

Já na quarta sessão, abordar-se-ia a “Atividade Física e EAM” porque não paramos de nos mover porque envelhecemos, mas envelhecemos porque paramos de nos mover. Portanto, o alerta desta sessão vai para o combate à inatividade física, a silenciosa pandemia que traz consigo muitas doenças crónicas e, conseqüentemente, custos em mortes prematuras todos os anos por doenças cardiovasculares e custos para o Sistema Nacional de Saúde, evitáveis. Aliada a hábitos alimentares da Dieta Mediterrânica, a atividade física, que pode ser realizada das mais diversas formas, é fundamental para a saúde do corpo e da mente. Teríamos a participação de uma Professora de Educação Física que desenvolveu uma rotina de exercícios dedicados ao indivíduo com EAM, exercícios esses que todos os participantes iriam realizar em 15 min. da sessão.

Por último, a quinta sessão – O trio perfeito (emoções, alimentação saudável e atividade física), seria de revisão das temáticas e lembrar que todas elas estão interligadas com um objetivo comum: promover a saúde cardiovascular e emocional do indivíduo, com a motivação certa. Porque nunca é tarde para recomeçar. Porque Positiva Mente, Positivo Coração!

Projetou-se o estudo para decorrer no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e com o objetivo fundamental de avaliar o impacto de um programa de Educação para a Saúde nos fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com EAM, especificamente, avaliar a eficácia da intervenção proposta através da avaliação das emoções negativas, peso e pressão arterial e avaliar se há melhoria das emoções percebidas pelo indivíduo para positivo e se isso reflete a alteração para um estilo de vida mais saudável.

As sessões não presenciais seriam realizadas através de contacto telefónico na semana a seguir a cada sessão presencial, de modo a que os participantes se sentissem mais envolvidos no processo e também para obter feedback e perceber os níveis de satisfação com cada sessão, esclarecimento de dúvidas ou como estaria a motivação da pessoa face ao tema abordado. Seria uma avaliação qualitativa, numa outra vertente do estudo.

3.5. Resultados esperados

Com este programa, esperar-se-ia que: 90% dos(as) participantes participasse no estudo até ao fim; 50% dos(as) participantes passassem a seguir uma dieta com menos sal, mais equilibrada e saudável; 50% dos(as) participantes cumprisse atividade física de, pelo menos, 30 min., 3 ou mais vezes por semana; 50% dos(as) participantes perdesse 3% do peso inicial; 10% dos(as) participantes diminuísse os valores tensionais; 40% dos(as) participantes diminuísse as emoções negativas inicialmente autoavaliadas.

CONCLUSÃO

Conclusão

A aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença é uma prioridade. A educação influencia o acesso dos indivíduos à informação, na sua capacidade em beneficiar de novos conhecimentos e na adoção de comportamentos saudáveis.

Tornar o ensino personalizado à pessoa que estamos a “educar”, procurando dar-lhe o seu espaço e adaptando à sua realidade as nossas intervenções, permitir-nos-á introduzir “medicação” gratuita, como sendo a atividade física regular e uma dieta variada, saudável e equilibrada, que levará a emoções positivas, com libertação de hormonas do prazer e bem-estar.

Portanto, é importante trabalhar a maneira de pensar, porque positiva mente, positivo coração. O uso adequado das emoções provoca um estado de bem-estar positivo nos indivíduos, já que atribui capacidades e recursos suficientes para superar situações adversas.

A alimentação e a atividade física podem funcionar como ferramentas preventivas, e até terapêuticas, extremamente potentes, no combate a novos eventos cardiovasculares. A Dieta Mediterrânica constitui uma ferramenta de educação alimentar para o público em geral e para a comunidade científica. E porque a Dieta Mediterrânica é muito mais que um padrão alimentar, reveste-se de especial importância a sua preservação e transmissão, dado que envolve componentes de estilo de vida saudável, pressupõe convivialidade, partilha, saberes e tradições, estimula os sentidos e adequa-se a práticas agrícolas e ambientais sustentáveis.

Como possíveis limitações deste estudo devo referir o elevado número de variáveis avaliadas que dificultam o seu tratamento através da análise de correlações e posterior retirada de conclusões, nomeadamente de relação positiva, negativa ou ausente de causalidade e associações; a avaliação das variáveis que influenciam as doenças cardiovasculares, apesar de em número elevado, não serem todas contempladas, dada a complexidade e heterogeneidade de fatores que contribuem para o seu desenvolvimento; a avaliação dos efeitos do programa a longo prazo não estar contemplada; ser uma amostra pequena, podendo não ser significativa a representatividade da população.

A prolongada pandemia que atualmente se vive por SARS-COV-2 levou a que a minha proposta de intervenção não fosse colocada em prática. Foram vários os obstáculos ao longo da evolução da pandemia. E atendendo a que a minha população é maioritariamente idosa, as alternativas tecnológicas que os vários confinamentos ajudaram a prosperar com o teletrabalho não se aplicam neste caso, por falta de literacia digital da população sénior que acompanho em consulta.

Fazer perceber a grande influência que a alteração do comportamento individual e a responsabilidade que cada indivíduo tem na sua saúde e qualidade de vida, dando aos participantes o poder de decisão nas escolhas informadas, aliando a teoria à prática, seria o expoente máximo desta intervenção.

Quase todas as nossas grandes doenças são doenças do comportamento. Porque as pessoas se alimentam de mais ou porque são sedentárias e andam menos ou porque estão em constante stress e geram emoções negativas.

Construindo novas investigações e não desistindo de trabalhar o sentido de coerência da pessoa com EAM, extrapola-se para esta população a criação de competências para adotar comportamentos salutogénicos e construir capacidades de compreensão, de gestão e de investimento relacionadas com a doença cardiovascular.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia

Abbate, M., Gallardo-Alfaro, L., Bibiloni, M. del M., & Tur, J. A. (2020). Efficacy of dietary intervention or in combination with exercise on primary prevention of cardiovascular disease: A systematic review. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, *30*(7), 1080–1093. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2020.02.020>

Abreu, A. (2017). Brief psychological intervention in patients admitted after acute coronary syndrome: Essential or secondary? *Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition)*, *36*(9), 651-654. <https://doi.org/10.1016/j.repce.2017.08.005>.

Adolphs, R., Mlodinow L., & Barret L.F. (2019). What is an emotion? *Current biology: CB*, *29*(20), R1060–R1064. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2019.09.008>

Afonso, L., Moreira, T., & Oliveira, A. (2014). Índices de adesão ao padrão alimentar mediterrânico – a base metodológica para estudar a sua relação com a saúde. *Revista Factores de Risco* (31), 48-55.

Aghakhani, N., Sharif, F., Khademvatan, K., Rahbar, N., Eghtedar, S., & Shojaei Motlagh, V. (2011). The reduction in anxiety and depression by education of patients with myocardial infarction. *Iranian Cardiovascular Research Journal*, *5*(2), 66–69. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(13\)75717-1](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(13)75717-1)

AghAtabay, S., Sepahmansour, M., Hatami, M., & Rafieipour, A. (2019). The Effect of Optimism Training on Emotional Problems and Life Satisfaction in Patients with Myocardial Infarction. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, *6*(4), 51-59. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v6i6.28747>

Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S.J., ... Leon, A. S. (2000). Compendium of Physical Activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine & Science in Sports & Exercise* *32*(9), S498-S516. DOI:10.1097/00005768-200009001-00009

Alzheimer Portugal (2019). Ensaio Clínicos – Por um maior envolvimento do cidadão. *Alzheimer Portugal*, (71), 8-10. Retrieved from http://alzheimerportugal.org/public/files/revista_71_baixa.pdf

Antunes, R., Couto, N., Vitorino, A., & Monteiro, D. (2020). Physical activity and affect of the elderly: Contribution to the validation of the Positive and Negative Affect Shedule (PANAS) in the Portuguese population. *Journal of Human Sport and Exercise*, 15(2), 330-343. doi:<https://doi.org/10.14198/jhse.2020.152.08>

Arrebola-Moreno, M., Petrova, D., Sánchez, M. J., & Rivera-López, R. (2020). Who does what the cardiologist recommends? Psychosocial markers of unhealthy behavior in coronary disease patients. *PLoS ONE* 15(1), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228262>

Assembleia da República. Lei n.º 73/2015 de 27 de julho. Diário da República. Portugal. 1.ª série - N.º 144. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/lei/73/2015/07/27/p/dre/pt/html>

Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., ... Mediterranean Diet Foundation Expert Group (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition* 14(12A), 2274-2284. doi: 10.1017/S1368980011002515

Bourbon, M., Alves, A. C., & Rato, Q. (2019). Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa. Retrieved from http://www.insa.min-saude.pt/prevalencia-de-fatores-de-risco-cardiovascular-na-populacao-portuguesa-relatorio-estudo-e_cor/

Bourbon, M., Miranda, N., Vicente, A. M., & Rato, Q. (s.d.). Sabe como prevenir? Doenças Cardiovasculares. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf>

Carrondo, E. (2006). *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico* (Master's thesis, Universidade do Minho). Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6276>

Catarino, C. (2020). A doença coronária. Retrieved from <http://www.fpcardiologia.pt/a-doenca-coronaria/>

- Cespedes, E. M., & Hu, F. B. (2015). Dietary patterns: from nutritional epidemiologic analysis to national guidelines. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 101(5), 899–900. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.110213>
- Corella, D., Coltell, O., Macian, F., & Ordovás, J. M. (2018). Advances in Understanding the Molecular Basis of the Mediterranean Diet Effect. *Annual Review of Food Science and Technology*, 9, 227–249. <https://doi.org/10.1146/annurev-food-032217-020802>
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., ... Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 35(8), 1381-1395. doi: 10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB
- Darviri, C., Artemiadis, A. K., Protogerou, A., Soldatos, P., Kranioutou, C., Vasdekis, S., ... Chrousos, G. P. (2015). A HEALTH Promotion and STRESS Management Program (HEALTH-STRESS study) for prehypertensive and hypertensive patients: A quasi-experimental study in Greece. *Journal of Human Hypertension*, 30(6), 1–7. <https://doi.org/10.1038/jhh.2015.99>
- Delgado-Lista, J., Perez-Martinez, P., Garcia-Rios, A., & Perez-Caballero, A. I., (2016). Mediterranean Diet and Cardiovascular Risk: Beyond Traditional Risk Factors. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 56(5), 788–801. <https://doi.org/10.1080/10408398.2012.726660>
- Denervaud, S., Mumenthaler, C., Gentaz, E., & Sander, D. (2020). Emotion recognition development: Preliminary evidence for an effect of school pedagogical practices. *Learning and Instruction*, 69, 101353.
- Diener, E., & Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Dinu, M., Pagliai, G., Casini, A., & Sofi, F. (2018). Mediterranean diet and multiple health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. *European Journal of Clinical Nutrition*, 72, 30-43. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2017.58>

Direção-Geral da Saúde. (2016). A Saúde dos Portugueses 2016. Retrieved from <https://nutrimento.pt/noticias/relatorio-a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2016/>

Direção-Geral da Saúde. (2017, 02 13). O custo da inatividade física. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/02/13/prevencao-do-sedentarismo/>

Direção-Geral da Saúde. (2017). EUROBARÓMETRO 2017: Desporto e Atividade Física. Retrieved from https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/home_eurobarometro2017_resumo.pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2021). Dieta Mediterrânica. Retrieved from <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/dieta-mediterranica/>

Doležel, J., & Jarošová, D. (2019). Educational process in patients after myocardial infarction. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(2), 1026-1034. DOI:10.15452/CEJNM.2019.10.0010

Fernandes, A. C., McIntyre, T., Coelho, R., & Prata, J. (2017). Brief psychological intervention in phase I of cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(9), 641–649. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.01.005>

Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(XXIII), 219-227. DOI: <https://doi.org/10.14417/ap.84>

Galinha, I. C., Pereira, C. R., & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo – PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista PSICOLOGIA*, 28(1), 53-65. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/263970403_Versao_reduzida_da_escala_portuguesa_de_afeto_positivo_e_negativo_-_PANAS-VRP_Analise_fatorial_confirmatoria_e_invariencia_temporal

García-Fernández, E., Rico-Cabanas, L., Rosgaard, N., & Estruch, R. (2014). Mediterranean diet and cardiometabolic disease: a review. *Nutrients*, 6(9), 3474–3500. <https://doi.org/10.3390/nu6093474>

Graça, P. (2019). Por uma definição de Dieta Mediterrânica que permita a sua sobrevivência. Retrieved from <https://pensarnutricao.pt/por-uma-definicao-de-dieta-mediterranica-que-permita-a-sua-sobrevivencia/>

Grosso, G., Buscemi, S., Galvano, F., Mistretta, A., Marventano, S., La Vela, V., ... Biondi, A. (2013). Mediterranean diet and cancer: epidemiological evidence and mechanism of selected aspects. *BMC Surgery*, 13 Suppl 2(Suppl 2), S14. <https://doi.org/10.1186/1471-2482-13-S2-S14>

Grosso, G., Marventano, S., Yang, J., Micek, A., Pajak, A., Scalfi, L., ... Kales, S. N. (2017). A comprehensive meta-analysis on evidence of Mediterranean diet and cardiovascular disease: Are individual components equal? *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 57(15), 3218-3232. doi: 10.1080/10408398.2015.1107021

Guasch-Ferre, M., Salas-Salvadó, J., Ros, E., Estruch, R., Corella, D., Fitó, M., ... PREDIMED Investigators (2017). The PREDIMED trial, Mediterranean diet and health outcomes: How strong is the evidence? *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases*, 27(7), 624–632. doi:10.1016/j.numecd.2017.05.004

Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms. (2005). Retrieved from <https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=5641f4c36143250eac8b45b7&assetKey=AS%3A294237418606593%401447163075131>

Huhn, S., Masouleh, S. K., Stumvoll, M., & Villringer, A. (2015). Components of a Mediterranean diet and their impact on cognitive functions in aging. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7, 132. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00132>

INE. (2021). Causas de morte – 2019 (Dados provisórios). Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=458514604&DESTAQUESmodo=2

IPAQ (2005). Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms. Retrieved from <https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=5641f4c36143250eac8b45b7&assetKey=AS%3A294237418606593%401447163075131>

Jeihooni, A. K., Fereidouni, Z., Harsini, P. A., & Kavi, E. (2018). Effect of Educational Program on Lifestyle of Myocardial Infarction Patients in Iranian Population. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(9), LC06-LC010. DOI: 10.7860/JCDR/2018/36113.11990

Keshavaraz, N., Naderifar, M., Firouzkohi, M., & Abdollahimohammad, A. (2020). Effect of Telenursing on the Self-efficacy of Patients with Myocardial Infarction: A Quasi-experimental Study. *Signa Vitae*, 16(2), 92-96. DOI: 10.22514/sv.2020.16.0039

Koloverou, E., Esposito, K., Giugliano, D., & Panagiotakos, D. (2014). The effect of Mediterranean diet on the development of type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of 10 prospective studies and 136,846 participants. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 63(7), 903–911. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2014.04.010>

Lee, Y. H., Kwon, H. H., & Richards, K. A. R. (2019). Emotional intelligence, unpleasant emotions, emotional exhaustion, and job satisfaction in physical education teaching. *Journal of Teaching in Physical Education*, 38(3), 262-270. <https://doi.org/10.1123/jtpe.2018-0177>

Lee, L. L., Mulvaney, C. A., Wong, Y., & Chan, E. S. (2021). Walking for hypertension. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD008823. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008823.pub2>

Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 440–442. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.034777>

Lopez-Gomez, I., Hervas, G., & Vazquez, C. (2015). Adaptación de las “Escala de afecto positivo y negativo” (PANAS) en una muestra general española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(3), 529-548. Retrieved from <https://www.behavioralpsycho.com/producto/adaptacion-de-las-escalas-de-afecto-positivo-y-negativo-panas-en-una-muestra-general-espanola/>

Løvlien, M., Munda, L., & Hall-Lord, M. (2017). Health-related quality of life, sense of coherence and leisure-time physical activity in women after an acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7-8), 975-982. <https://doi.org/10.1111/jocn.13411>

Manios, Y., Detopoulou, V., Visioli, F., & Galli, C. (2006). Mediterranean diet as a nutrition education and dietary guide: misconceptions and the neglected role of locally consumed foods and wild green plants. *Forum of Nutrition*, 59, 154–170. <https://doi.org/10.1159/000095212>

Martínez-González, M., García-Arellano, A., Toledo, E., Salas-Salvadó, J., Buil-Cosiales, P., Corella, D., ... PREDIMED Study Investigators. (2012). A 14-Item Mediterranean Diet Assessment Tool and Obesity Indexes among High-Risk Subjects: The PREDIMED Trial. *Journal Pone*, 7(8). DOI: 10.1371/journal.pone.0043134

Martínez-González, M., Corella, D., Salas-Salvadó, J., Ros, E., Covas, M. I., Fiol, M., ... PREDIMED Study Investigators. (2012). Cohort profile: design and methods of the PREDIMED study. *International Journal of Epidemiology* 41(2), 377-385. DOI: 10.1093/ije/dyq250

Martínez-González, M. A., Salas-Salvadó, J., Estruch, R., & Corella, D. (2015). Benefits of the Mediterranean Diet: Insights From the PREDIMED Study. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 58(1), 50–60. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2015.04.003>

McIntyre, T., Fernandes, A. C., & Araújo-Soares, V. (2000). Intervenção psicológica na reabilitação pós-enfarte do miocárdio: um esforço interdisciplinar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 53-60. Retrieved from https://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/6

Ministério da Saúde. (2018). Retrato da Saúde, Portugal. Retrieved from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf.

Ministério dos Negócios Estrangeiros (2013). "Dieta Mediterrânica" na Lista do Património Imaterial. Retrieved from <https://unescoportugal.mne.gov.pt/pt/noticias/dieta-mediterranica-na-lista-do-patrimonio-imaterial>

Município de Tavira (s.d.). Dieta Mediterrânica: Património da Humanidade. Retrieved from <http://dietamediterranea.net/?q=pt>

Nestle, M. (1995). Mediterranean diets: historical and research overview. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 61(6 Suppl), 1313S–1320S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/61.6.1313S>

Osteresch, R., Fach, A., Schmucker, J., & Eitel, I. (2019). Long-Term Risk Factor Control After Myocardial Infarction—A Need for Better Prevention Programmes. *Journal of Clinical Medicine*, 8(8), 1-9. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm8081114>

Pádua, F. (2012) – Doenças cardíacas adquiridas: hipertensão arterial. In F. Pádua (Ed.), *O livro do coração* (pp. 139-157). Lisboa: Oficina do Livro – Sociedade Editorial, Lda.

Paiva, C., Pais, D., & Rodrigues, S. (2021). Contextos de intervenção do enfermeiro nos cuidados à pessoa com DRM: Ensaio Clínico. A. Marques & R. Ferreira (Eds.), *Enfermagem em Doenças Reumáticas & Músculo-Esqueléticas* (pp. 205-213). Coimbra, Portugal: Associação Portuguesa de Profissionais de Saúde em Reumatologia.

Pedersen, S. S., von Känel, R., Tully, P. J., & Denollet, J. (2017). Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(3_suppl), 108–115. <https://doi.org/10.1177/2047487317703827>

Pinho, I., Rodrigues, S., Franchini, B., & Graça, P. (2016). Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor de Saúde. Retrieved from <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Padr%C3%A3o-Alimentar-Mediterr%C3%A2nico-Promotor-de-Sa%C3%BAde-1.pdf>

Rocha, C., & Serras, R. (2019). *Ensaio clínico em Portugal*. PricewaterhouseCoopers /AG – Assessoria de Gestão, Lda

Rodrigues, M., Pereira, A., Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Rodrigues, S. (2016). *Diminuição da ansiedade na pessoa com alterações da funcionalidade: proposta de intervenções especializadas em Enfermagem* (Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21910/1/final%20finalissimo.pdf>.

Roohafza, H., Heidari, R., Safaei, A., & Masoumi, G. (2021). The Role of Sense of Coherence in the Outcomes of Acute Myocardial Infarction Survivors; a Two-year Cohort Study. Research Square. Pp 1-18. 10.21203/rs.3.rs-829394/v1.

Roth, G. A., Abate, D., Hassen Abate, K., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Global Health Metrics*, 392(10159), 1736-1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)

Salas-Salvadó, J., Díaz-López, A., Ruiz-Canela, M., Basora, J., Fitó, M., Corella, D., ..., Martínez-González, M. (2019). Effect of a Lifestyle Intervention Program With Energy-Restricted Mediterranean Diet and Exercise on Weight Loss and Cardiovascular Risk Factors: One-Year Results of the PREDIMED-Plus Trial. *Diabetes Care*, 42(5), 777-788. <https://doi.org/10.2337/dc18-0836>

Schröder, H., Fitó, M., Estruch, R., Martínez-González, M., Corella, D., Salas-Salvadó, J., ... Covas, M.I. (2011). A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *The Journal of Nutrition* 141(6), 1140-1145. doi: 10.3945/jn.110.135566.

Serra-Majem, L., Román-Viñas, B., Sanchez-Villegas, A., & Guasch-Ferré, M. (2019). Benefits of the Mediterranean diet: Epidemiological and molecular aspects. *Molecular Aspects of Medicine*, 67, 1-55. doi:10.1016/j.mam.2019.06.001

Sexton, J. B., & Adair, K. C. (2019). Forty-five good things: a prospective pilot study of the Three Good Things well-being intervention in the USA for healthcare worker emotional exhaustion, depression, work-life balance and happiness. *BMJ open*, 9(3), e022695. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022695>

Shinn, C., Salgado, R., Rodrigues, D. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física: O caso de Portugal. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/338479512_Programa_Nacional_para_a_Promocao_da_Atividade_Fisica_O_caso_de_Portugal

Sofi, F., Macchi, C., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2014). Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. *Public Health Nutrition*, *17*(12), 2769–2782. <https://doi.org/10.1017/S1368980013003169>

Solberg, P., Hopkins, W., Ommundsen, Y., & Halvari, H. (2012). Effects of three training types on vitality among older adults: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, *13*, 407-417. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.01.006>

Strachan, S., Brawley, L., Spink, K., & Glazebrook, K. (2010). Older adults' physically-active identity: Relationships between social cognitions, physical activity and satisfaction with life. *Psychology of Sport and Exercise*, *11*, 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2009.09.002>

Thompson, E. R. (2007). Development and Validation of an Internationally Reliable Short-Form of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *38*(2), 227–242. <https://doi.org/10.1177/0022022106297301>

UNESCO (2013). Evaluation of nominations for inscription in 2013 on the Representative List of the Intangible Cultural Heritage of Humanity (item 8 on the agenda). Retrieved from https://ich.unesco.org/en/8-representative-list-00665?select_country=00179#table_cand

Unidade do Desporto da Direcção-Geral para a Educação e para a Cultura da Comissão Europeia. Orientações da União Europeia para a actividade física: Políticas recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar. (2009). [PDF]. Retrieved from <http://www.spef.pt/image-gallery/5914220448608-Colgios-Exercicio-e-Sade-Docs-de-Referencia-Orientaes-da-UE-para-a-Actividade-Fsica.pdf>

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo-Fernandez, R., ... Townsend, N. (2017). European Cardiovascular Disease Statistics 2017. Retrieved from <https://ehnheart.org/cvd-statistics/cvd-statistics-2017.html>

World Health Organization (WHO). (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>.

WHO (2006). Actividade Física e Saúde na Europa. Evidências para a acção [PDF]. Retrieved from https://ciafel.fade.up.pt/files_download/actividade_fisica_e_saude_na_europa.pdf

World Health Organization (WHO). (2019a). Cardiovascular Diseases (CVs). Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).

World Health Organization (WHO). (2019b). Hypertension. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

World Heart Federation. (2021). What is cardiovascular disease? Retrieved from <https://world-heart-federation.org/what-is-cvd/>

Yannakoulia, M., Kontogianni, M., & Scarmeas, N. (2015). Cognitive health and Mediterranean diet: just diet or lifestyle pattern? *Ageing Research Reviews*, 20, 74–78. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2014.10.003>

ANEXOS

Anexos

Anexo 1 – Autorizações para aplicação das escalas de avaliação

← RE: Pedido de autorização para a utilização da versão reduzida do IPAQ

🕒 Respondeu a qui, 04/03/2021 20:24



Jorge Mota <jmota@fade.up.pt>

qui, 04/03/2021 08:17

Para: Você



Sara

Bom dia

Anexo o IPAQ-versão curta.

Não precisas de autorização para utilizar.

Os valores de validação para população PT estão no artigo da Craig et al 2002) MSSE.

Bj e boa sorte.

JM

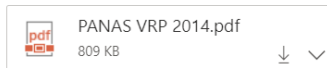
← Re: Pedido de autorização para a utilização da versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo – PANAS-VRP



Iolanda Costa Galinha <igalinha@autonoma.pt>

sex, 05/03/2021 11:41

Para: Você



Cara colega Sara Rodrigues.

Autorizo a utilização da PANAS-VRP, coloco a escala em anexo, e desejo-lhe um excelente trabalho. Com os meus cumprimentos.

Iolanda Costa Galinha

Professora Associada em Psicologia - Universidade Autónoma de Lisboa

<https://scholar.google.com/citations?user=Dptz6wYAAAAJ&hl=en>

← Re: FW: Solicitud de autorización para utilizar el instrumento PREDIMED

🕒 Respondeu a seg, 15/03/2021 15:37

🌐 Traduzir a mensagem para: Português (Brasil) | Nunca traduzir do: Inglês



Miguel Ángel Martínez González <mamartinez@unav.es>

seg, 15/03/2021 12:05

Para: Você



Dear Sara,

Thank you for your interest in our work.

You can use it.

Please send me an email with your written confirmation that you will always quote the following 3 sources:

-www.predimed.es

-<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21508208/> (correctly referenced)

-<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21172932/> (correctly referenced)

Sincerely,
miguel

Anexo 2 – Pronunciamento da Comissão de Ética do CHUC



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ A U.I.D.
para difusão
Dr. Nuno Devezza
Diretor Clínico
C.H.U.C. - EPE

Exmo. Senhor
Dr. Nuno Devezza
Digmº Diretor Clínico do CHUC

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 219/CES	07-07-2021
		Proc.N.º OBS.SF.22-2021	

Estudo Observacional: **OBS.SF.22-2021 2ª REENTRADA** "FATORES EMOCIONAIS E ESTILOS DE VIDA DO INDIVÍDUO COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO – EFEITOS DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE "

Entrada na UID: 14-02-2021

Entrada na CES: 18-03-2021

Visto na reunião de: 21-04-2021 (Of. 146/21 Parecer Desfavorável)

REENTRADA NA CES: 07-05-2021 (Envio da correção solicitada pela CES)

Visto na reunião de: 26-05-2021 (Ofício 183/21 Parecer Favorável)

REENTRADA NA CES: 07-06-2021 (Envio da correção solicitada pela CES)

Investigador/a/es: Sara Isabel Silva Rodrigues, Enfermeira e Coordenadora de Ensaios Clínicos Co-

Investigador/a/es: Ana Paula Monteiro Amaral

Promotor: Sara Isabel Silva Rodrigues

Serviço de Realização: Serviço de Cardiologia (Consulta de Ensaios Clínicos)

Cumprir informar Vossa Ex.ª que a CES - Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 30 de Junho de 2021, após reapreciação do projeto de investigação supra identificado, emitiu o seguinte parecer:

"Informações e esclarecimentos recebidos e aceites. A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável ao seu desenvolvimento no CHUC".

Mais se informa que a CES do CHUC deverá ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, com envio de relatório final.


Com os melhores cumprimentos, *também pessoais*

A Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, E.P.E.

Margarida Silvestre

Prof. Doutora Margarida Silvestre
Presidente

Anexo 3 – Formulário de Consentimento Informado

	INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	IM-02.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 1 de 5

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:

Fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio – efeitos de um programa de educação para a saúde

PROMOTOR:

Sara Isabel Silva Rodrigues

CENTRO DE ESTUDO CLÍNICO:

Serviço de Cardiologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INVESTIGADOR:

Sara Isabel Silva Rodrigues

MORADA:

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra – Instituto Politécnico de Coimbra

CONTACTO TELEFÓNICO:

969 267 435

NOME DO PARTICIPANTE:

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque o seu nome se encontra referenciado na consulta de Ensaios Clínicos no Serviço de Cardiologia do CHUC e já teve, pelo menos, um enfarte agudo do miocárdio.

As informações que se seguem destinam-se a esclarecê-lo acerca da natureza, alcance, consequências e risco do estudo, de modo a permitir que, depois de esclarecido, se encontre capaz de decidir participar, ou não, neste estudo.

Caso não tenha qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Se não quiser participar não sofrerá qualquer tipo de penalização. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assinie e date este formulário.

Após a sua assinatura e a da Investigadora, ser-lhe-á entregue uma cópia, que deve guardar.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO


Este estudo irá decorrer no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e tem por objetivo fundamental avaliar o impacto de um programa de Educação para a Saúde nos fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio, especificamente, avaliar a eficácia da intervenção proposta através da avaliação das emoções negativas, peso e pressão arterial e avaliar se há melhoria das emoções percebidas pelo indivíduo para positivo e se isso reflete a alteração para um estilo de vida mais saudável.

Trata-se de um estudo clínico com intervenção, com avaliação pré-teste (T0) e pós-teste (T1).

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e da Comissão de Ética do Politécnico de Coimbra, de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

2. PLANO E METODOLOGIA DO ESTUDO

A Investigadora recrutará 30 participantes para o estudo na consulta de Ensaios Clínicos do Serviço de

 CHUC CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	IM-02.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 2 de 5

<p>Cardiologia, com base nos seguintes critérios:</p> <p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade > 45 anos; - Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) prévio; - A participar num Ensaio Clínico (EC) do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC); - Saber ler e escrever. <p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patologias neurológicas que impeçam a compreensão do estudo; - Recusa em participar no estudo; - Limitação física que impeça a realização de atividade física. <p>O estudo terá a duração de 12 semanas, com dois momentos de recolha de dados, um inicial (antes do início do estudo) e outro final (após o fim do estudo), que incluem um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica (apenas a ser preenchido inicialmente), um questionário para a avaliação dos fatores emocionais: Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), um para avaliar a adesão à Dieta Mediterrânica (instrumento PREDIMED), um para avaliação da intensidade e duração da atividade física: Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), bem como a avaliação antropométrica (estatura, peso, perímetro abdominal, índice de massa corporal (IMC), pressão arterial e frequência cardíaca). Durante estas 12 semanas, está planeada uma sessão semanal, num total de 10 sessões, intercalando-se sessões presenciais com contactos telefónicos.</p> <p>Terá de se deslocar ao hospital em 5 das sessões, de modo a que possam ser abordadas várias temáticas relacionadas com a saúde cardíaca e emocional, sob o lema "Positiva Mente, Positivo Coração", especificamente, alimentação saudável, seguindo um padrão da Dieta Mediterrânica, atividade física e emoções associados ao enfarte. Cada sessão terá a duração de, aproximadamente, 40 minutos. As restantes 5 sessões de educação para a saúde, serão realizadas por meio de contacto telefónico, com duração aproximada de 15 minutos.</p> <p>Ressalve-se que, consoante a evolução da pandemia por COVID-19, as sessões poderão realizar-se conforme previsto ou serem totalmente à distância.</p>
--

3. PROTEÇÃO DE DADOS DOS PARTICIPANTES

3.1 Responsável pelos dados

Sara Isabel Silva Rodrigues – Investigadora Principal

3.2 Recolha de dados


Diretamente com o participante, de forma presencial

3.3 Categorias de dados

Dados identificativos; dados académicos; dados relativos à saúde (fatores de risco cardiovascular e nº de enfartes agudos do miocárdio que já teve)

3.4 Tratamento de dados

Todos os dados recolhidos estarão condicionados ao estrito cumprimento deste projeto de investigação e serão codificados e guardados em base de dados codificada, à qual só terá acesso a equipa de investigação, sendo tomadas as necessárias medidas de segurança aquando da partilha de dados entre

	INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	IM-02.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 3 de 5

os investigadores. Os dados recolhidos manter-se-ão confidenciais e anonimizados, respeitando os direitos à privacidade, à segurança e à confidencialidade dos testemunhos relativos à proteção das pessoas e da sua singularidade. A cada participante que assinar consentimento informado será atribuído um código numérico e sequencial, anonimizando os dados.

3.5 Medidas de proteção adotadas

No âmbito do estudo, os participantes serão identificados apenas com um código. Os nomes dos participantes não serão mencionados no momento da análise e apresentação dos dados.

3.6 Prazo de conservação dos dados

Os dados serão unicamente conservados apenas durante o período necessário para a finalidade para a qual os dados são tratados.

3.7 Informação em caso de publicação

O participante será informado caso os resultados sejam publicados, comprometendo-me, enquanto investigadora, a assegurar a confidencialidade, tanto da sua identidade, como dos seus dados.

4. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O PARTICIPANTE

Todos os métodos utilizados são seguros, não existindo qualquer risco, incómodo ou experiência dolorosa da sua utilização.

5. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Os resultados obtidos poderão contribuir para a adoção de um modelo de intervenção em indivíduos com enfarte agudo do miocárdio, como é o seu caso. Os benefícios indiretos são de índole científica.

6. NOVAS INFORMAÇÕES

O participante será informado de qualquer nova informação que surja e possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua participação no estudo. Se assim for, a investigadora procederá à recolha de novo consentimento, junto do participante.

7. RESPONSABILIDADE CIVIL


Este estudo não implica um seguro de responsabilidade civil, uma vez que não contém intervenções fora dos cuidados habituais e/ou deslocações específicas para a realização do estudo.

8. PARTICIPAÇÃO / RETIRADA DO CONSENTIMENTO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura, através da notificação à investigadora, sem qualquer consequência, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalização ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com a investigadora que lhe propõe a participação neste estudo.

O consentimento entretanto retirado não abrange os dados recolhidos e tratados até a essa data.

A investigadora do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse continuar nele. A sua participação pode também terminar se o plano do estudo não estiver a

 CHUC CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	IM-02.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 4 de 5

ser cumprido. A investigadora notificará-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias.

9. CONFIDENCIALIDADE

Será garantido o respeito pelo direito do participante à sua privacidade e à proteção dos seus dados pessoais; devendo ainda ser assegurado que será cumprido o dever de sigilo e de confidencialidade a que se encontra vinculado, conforme disposto no artigo 29.º da Lei n.º 58/2019, de 08/08.

10 – DIREITO DE ACESSO E RETIFICAÇÃO

Pode exercer o direito de acesso, retificação e oposição ao tratamento dos seus dados. Contudo, este direito pode ser sujeito a limitações, de acordo com a Lei.

11. REEMBOLSO E/OU RESSARCIMENTO DO PARTICIPANTE

Este estudo é da iniciativa do Investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá, por outro lado, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

12. COMPENSAÇÃO DO CENTRO DE ESTUDO / INVESTIGADOR

Este estudo é da iniciativa do Investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá, por outro lado, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.


13. CONTACTOS

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Investigadora	SARA ISABEL SILVA RODRIGUES
Morada	ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE COIMBRA – INSTITUTO POLITÉCNICO DE COIMBRA
Telefone	969 267 435
Email	SIS.RODRIGUES@HOTMAIL.COM

Se tiver dúvidas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, poderá contactar:

Presidente da Comissão de Ética do CHUC
 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
 Praceta Mota Pinto, 3000 075 Coimbra
 Telefone: 239 400 400
 e-mail: secetica@chuc.min-saude.pt

	INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	IM-02.01
		Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde	Página 5 de 5	

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Projeto de Investigação

Fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio – efeitos de um programa de educação para a saúde	
Nome do Participante:	
BI / CC:	Contactos:
Nome do Investigadora: Sara Isabel Silva Rodrigues	

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado, declaro que tomei conhecimento:

- do conteúdo informativo anexo a este formulário e aceito, de forma voluntária, participar neste estudo;
- da natureza, alcance, consequências, potenciais riscos e duração prevista do estudo, assim como do que é esperado da minha parte, enquanto participante;
- e compreendi as informações e esclarecimentos que me foram dados. Sei que a qualquer momento poderei colocar novas questões à investigadora responsável pelo estudo;
- que a investigadora se compromete a prestar qualquer informação relevante que surja durante o estudo e que possa alterar a minha vontade de continuar a participar;
- e aceito cumprir o protocolo deste estudo. Comprometo-me ainda a informar a investigadora de eventuais alterações do meu estado de saúde que possam ocorrer (*quando aplicável*);
- e autorizo a utilização e divulgação dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e permito a divulgação desses resultados às autoridades competentes;
- que posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição, nos limites da Lei;
- que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem sofrer qualquer penalização. Sei também que os dados recolhidos e tratados até a essa data serão mantidos;
- que a investigadora tem o direito de decidir sobre a minha eventual saída prematura do estudo e se compromete a informar-me do respetivo motivo;
- que o estudo pode ser interrompido por decisão da investigadora, do promotor ou das autoridades reguladoras.

<i>Local e data:</i>	<i>Assinaturas</i>
	<i>Participante:</i>
	<i>Representante legal:</i>
	<i>Representante legal:</i>
	<i>Investigadora (*):</i>

(*) Confirmando que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, o alcance e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Anexo 4 – Questionários de avaliação

Fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio
– efeitos de um programa de educação para a saúde



Questionário Sociodemográfico e Clínico

Inquérito inicial n.º _____

Leia com atenção as questões seguidamente expostas.

Data de preenchimento: ___/___/___

Situação Sociodemográfica e Clínica

Por favor, assinala com uma cruz no , na questão que melhor expressa a sua situação.

Género: Feminino Masculino

Idade: _____ anos

Estado civil:

Solteiro/ Divorciado/ Separado/ Viúvo

Casado/ União de Facto

Escolaridade:

Não sabe ler e escrever

Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino

1.º Ciclo de Ensino Básico (4º ano/antiga 4ª classe)

2.º Ciclo de Ensino Básico (6º ano/antigo 2º ano do ciclo preparatório)

3.º Ciclo de Ensino Básico (9º ano/antigo 5º ano do curso geral dos liceus)

Ensino Secundário (12º ano/antigo 7º ano do curso complementar dos liceus)

Ensino Profissional (não conferente de grau académico)

Ensino Superior

Área de residência:

Urbana

Rural

Fatores de risco cardiovasculares

Hipertensão arterial

Diabetes

Dislipidemia

Excesso de peso/obesidade

Tabagismo

Outros

Qual? _____

Enfarte agudo do Miocárdio (EAM) prévio(s): Sim Não

Se "Sim", qual a frequência? 1 2 >=3

Fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio
– efeitos de um programa de educação para a saúde



A preencher pelo investigador

n.º _____

Avaliação a realizar na pré-intervenção (T0)

Avaliação Antropométrica

Parâmetros	Valores
Altura (cm)	
Peso atual (kg)	
Índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m ²)	
Perímetro abdominal	

Sinais Vitais

Parâmetros	Valores
Pressão arterial (mmHg)	
Frequência cardíaca (bpm)	

Avaliação a realizar na pós-intervenção (T1)

Avaliação Antropométrica

Parâmetros	Valores
Altura (cm)	
Peso atual (kg)	
Índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m ²)	
Perímetro abdominal	

Sinais Vitais

Parâmetros	Valores
Pressão arterial (mmHg)	
Frequência cardíaca (bpm)	

Fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio
 – efeitos de um programa de educação para a saúde



n.º _____

Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo – PANAS

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta que entende por adequada com um círculo.

Indique em que medida sentiu cada uma destas emoções, durante a última semana, de acordo com as seguintes opções:

1 “Nada ou muito Ligeiramente”; 2 “Um Pouco”; 3 “Moderadamente”; 4 “Bastante”; 5 “Extremamente”

	1 Nada ou muito ligeiramente	2 Um Pouco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremamente
Interessado(a)	1	2	3	4	5
Nervoso(a)	1	2	3	4	5
Entusiasmado(a)	1	2	3	4	5
Amedrontado(a)	1	2	3	4	5
Inspirado(a)	1	2	3	4	5
Ativo(a)	1	2	3	4	5
Assustado(a)	1	2	3	4	5
Culpado(a)	1	2	3	4	5
Determinado(a)	1	2	3	4	5
Atormentado(a)	1	2	3	4	5

Fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio
– efeitos de um programa de educação para a saúde



n.º _____

Questionário Internacional de Avaliação da Atividade Física (IPAQ) – Versão Portuguesa

Estamos interessados em conhecer os diferentes tipos de atividade física que as pessoas fazem no seu quotidiano. Este questionário faz parte de um estudo alargado realizado em vários países. As suas respostas vão-nos ajudar a conhecer o nosso nível de atividade física, quando comparado com o de pessoas de outros países.

As questões lhe vou colocar, referem-se à semana imediatamente anterior, considerando o tempo em que esteve fisicamente ativo/a. Por favor, responda a todas as questões, mesmo que não se considere uma pessoa fisicamente ativa. Vou colocar-lhe questões sobre as atividades desenvolvidas na sua atividade profissional e nas suas deslocações, sobre as atividades referentes aos trabalhos domésticos e às atividades que efetuou no seu tempo livre para recreação ou prática de exercício físico / desporto.

Ao responder às seguintes questões, considere o seguinte:

Atividades físicas vigorosas referem-se a atividades que requerem um esforço físico intenso que fazem ficar com a respiração ofegante.

Atividades físicas moderadas referem-se a atividades que requerem esforço físico moderado e tornam a respiração um pouco mais forte que o normal.

Ao responder às questões considere apenas as atividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.

1) HÁBITOS DE ATIVIDADE FÍSICA

A) ATIVIDADE FÍSICA VIGOROSA

1. Durante a última semana, quantos dias fez atividades físicas vigorosas, como, por exemplo, levantar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica, andar de bicicleta a uma velocidade acelerada, correr?

_____ dias por semana

Não fez atividades físicas vigorosas (passe à pergunta 3)

2. Nos dias em que praticou atividades físicas vigorosas quanto tempo dedicou, em média, a essas atividades?

_____ horas por dia _____ minutos por dia

Fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio
– efeitos de um programa de educação para a saúde



B) ATIVIDADE FÍSICA MODERADA

3. Durante a última semana, quantos dias praticou atividades físicas moderadas, como, por exemplo, transporte de cargas leves, trabalhos de carpintaria, andar de bicicleta a uma velocidade regular ou jogar ténis de pares? Por favor, NÃO CONSIDERE "caminhar" ou "andar".

_____ dias por semana

Não fez atividades físicas vigorosas (passe à pergunta 5)

4. Nos dias em que fez atividades físicas moderadas, quanto tempo gastou, em média, nessas atividades?

_____ horas por dia _____ minutos por dia

C) MARCHA DIÁRIA

5. Durante a última semana, quantos dias andou, pelo menos, 10 minutos seguidos (exemplo: deslocações no trabalho e em casa, caminhadas para se deslocar de um lado para o outro ou qualquer caminhada que faça somente para recreação, desporto e lazer)?

_____ dias por semana

6. Quanto tempo, no total, despendeu num desses dias, a andar/caminhar?

_____ horas por dia _____ minutos por dia

D) INATIVIDADE FÍSICA

A última questão é sobre o tempo que passou sentado/a em dias de semana, na última semana. Inclui o tempo que passou sentado/a à secretária, em visitas de amigos, a ler, ou a ver televisão (sentado/a ou deitado/a).

7. Num dia normal, quanto tempo passou sentado(a)?

_____ horas por dia _____ minutos por dia

Obrigado pela sua participação.

Fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio
– efeitos de um programa de educação para a saúde



n.º _____

Instrumento PREDIMED

	Resposta	Critérios para atribuir 1 ponto	Pontos
1	Utiliza azeite como principal gordura culinária?	Sim	
2	Que quantidade de azeite consome num dia (incluindo uso para fritar, temperar saladas, refeições fora de casa, etc.)?	≥ 4 colheres sopa	
3	Quantas porções de produtos hortícolas consome por dia? (1 porção: 200 g; considere acompanhamentos como metade de uma porção)	≥ 2 porções por dia (ou ≥1 porção crua ou em salada)	
4	Quantas peças de fruta (incluindo sumos de fruta natural) consome por dia?	≥ 3 por dia	
5	Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) consome por dia? (1 porção: 100-150 g)	< 1 porção por dia	
6	Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas consome por dia? (1 porção: 12 g)	< 1 porção por dia	
7	Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebe por dia?	<1 por dia	
8	Quantos copos de vinho bebe por semana?	≥ 7 copos por semana	
9	Quantas porções de leguminosas consome por semana? (1 porção: 150 g)	≥ 3 por semana	
10	Quantas porções de peixe ou marisco consome por semana? (1 porção: 100-150 g de peixe ou 4-5 unidades ou 200 g de marisco)	≥3 por semana	
11	Quantas vezes por semana consome produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas, biscoitos?	<3 vezes por semana	
12	Quantas porções de oleaginosas (nozes, amêndoas, incluindo amendoins) consome por semana? (1 porção 30 g)	≥ 3 por semana	
13	Consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha?	Sim	
14	Quantas vezes por semana consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confecionados com um refogado (molho a base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite)?	≥ 2 vezes por semana	

Boa adesão à Dieta Mediterrânica → pontuação final = 10

Anexo 5 – Registo de contacto telefónico

Fatores emocionais e estilos de vida do indivíduo com enfarte agudo do miocárdio
– efeitos de um programa de educação para a saúde



Registo de contacto telefónico

n.º _____

Data: ___/___/___

1. Desde a última sessão presencial, ficou alguma dúvida por esclarecer ou surgiu alguma, entretanto?

2. Desde a última sessão presencial, alterou algum comportamento ou alguma atitude sobre a temática abordada?

3. Considera a temática abordada na última sessão presencial relevante no contexto da promoção da sua saúde? Sugestões.

4. Sente-se motivado a modificar comportamentos para diminuir os fatores de risco na doença cardiovascular?

Observações:

