

## Comportamento de atividade física de cardiopatas isquêmicos segundo perfil sociodemográfico e clínico

*Physical activity behavior among coronary outpatients according to socio-demographic and clinical profile*  
*Comportamiento de la actividad física en la miocardipatía isquémica según el perfil sociodemográfico y clínico*

Thais Moreira Spana<sup>1</sup>, Roberta Cunha Matheus Rodrigues<sup>1</sup>,  
Maria Cecília Bueno Jayme Gallani<sup>1</sup>, Roberto Della Rosa Mendez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Campinas, SP

Submissão: 23/07/2009

Aprovação: 09/07/2010

### RESUMO

Foram avaliados o comportamento e a motivação para prática de atividade física (AF) entre 144 coronariopatas segundo o perfil sociodemográfico/clínico. Houve predomínio de homens, com 59,4(±8,8) anos, com baixas renda e escolaridade. Os comportamentos de caminhada e AF habitual evidenciaram estilo de vida progresso sedentário, com motivação elevada para realização futura de AF. Mulheres com história progressa de angina e não tabagistas relataram níveis menores de comportamento e motivação para AF. Idade mais elevada, menor renda, número de condições clínicas associadas, tempo desde a última síndrome coronária e maior índice de massa corporal correlacionaram-se a menores níveis de AF. O padrão de AF e a motivação entre coronariopatas variam segundo o perfil sociodemográfico/clínico, o que deve ser considerado no planejamento de atividades educativas.

**Palavras-chave:** Isquemia miocárdica; Atividade motora; Comportamento; Intenção; Enfermagem.

### ABSTRACT

Behavior and motivation for physical activity (PA) were assessed among 144 coronary heart disease outpatients according to the sociodemographic and clinical profile. The sample was predominantly male (63.9%), with 59.4(± 8.8) years, with low levels of monthly income and schooling. Behavior and Habitual PA measures revealed sedentary lifestyle with high motivation for future PA. Women, patients with history of angina and non-smokers reported lower levels of behavior and motivation. Higher age, lower income, lower number of associated conditions, less time since last coronary syndrome and higher values of BMI were associated to lower levels of PA. The findings suggest that the pattern of PA and motivation vary among CHD outpatients according to sociodemographic and clinical profile, information that should be considered in educational interventions.

**Key words:** Myocardial ischemia; Motor activity; Behavior; Intention; Nursing.

### RESUMEN

El comportamiento y motivación para actividad física (AF) entre pacientes con enfermedad arterial coronaria fueran evaluados. La muestra (n = 144) fue compuesta por hombres (63,9%) con 59,4(± 8,8) años, caucásicos (82,6%), inactivos (80,5%), bajos ingresos y escolaridad. El comportamiento de AF mostró estilo de vida sedentario, con alta motivación para futura AF. Mujeres, con historia de angina de pecho y no fumadores tuvieron niveles más bajos de comportamiento y motivación. Mayor edad, menores ingresos, menor número de otras condiciones, menos tiempo desde la última síndrome coronario y valores más altos de IMC tuvieron asociación con niveles más bajos de AF. El patrón de AF y motivación entre estos pacientes varía de acuerdo con el perfil sociodemográfico y clínico, datos pertinentes en la planificación de actividades educativas.

**Descriptores:** Isquemia miocárdica; Actividad motora; Conducta; Intención; Enfermería.

#### AUTOR CORRESPONDENTE

Thais Moreira Spana. Rua Elídia Ana de Campos, 467. Taquaral CEP 13076-617. Campinas, SP.  
E-mail: thaisms@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O sedentarismo constitui um dos mais importantes fatores de risco modificáveis associado à morbi-mortalidade da coronariopatia isquêmica, afecção responsável por grande parte dos casos de doença cardiovascular (DCV) no Brasil<sup>(1)</sup> e no mundo<sup>(2-3)</sup>. Na América do Norte, a coronariopatia isquêmica é responsável por quase 20% do total de DCV, o que corresponde a 15.800.000 casos, sendo o infarto do miocárdio (IM) a causa de aproximadamente a metade destes casos<sup>(3)</sup>.

Em contrapartida, a adoção de um estilo de vida ativo regular constitui importante estratégia da orientação terapêutica<sup>(4-5)</sup>, contribuindo para melhora do perfil lipídico, redução do peso corpóreo, melhora do metabolismo de carboidratos, entre outros benefícios<sup>(6)</sup>.

O fato dos benefícios do exercício serem obtidos a partir da adesão a uma prática regular de atividade física (AF) tem estimulado a aplicação de modelos teóricos na tentativa de compreender a motivação do paciente para a prática regular de algum tipo de AF ou mesmo aderir a um estilo de vida mais ativo – aquele em que o indivíduo inclui em seu cotidiano atividades como usar escadas, evitar o uso de transporte e preferir caminhadas ou exercitar-se mais durante o período de trabalho. A realização de atividades ao longo da vida que envolvam alto gasto energético nos períodos de lazer também tem sido considerada como um estilo de vida ativo e tem sido associada a níveis mais elevados de condicionamento físico e prevenção de DCV, com benefícios ainda mais significativos para os sujeitos com manifestação prévia de coronariopatia<sup>(7)</sup>.

A identificação do nível de AF em grupos específicos, bem como de seus fatores determinantes ou relacionados, tem sido utilizada como parâmetro importante na formulação de políticas públicas que favoreçam a adoção um estilo de vida ativo.

No estudo do comportamento humano, os modelos cognitivo-sociais assumem que a motivação é o principal determinante do comportamento, ou seja, o sujeito fortemente motivado (com intenção positiva) para realizar um determinado comportamento tem maior chance de efetivá-lo do que aquele com fraca motivação<sup>(8)</sup>. Desta maneira, a motivação (intenção) mostra-se uma variável psicossocial importante na avaliação do perfil do paciente com vistas ao diagnóstico mais amplo do problema do sedentarismo entre pacientes coronariopatas, que apresentam padrão significativo de inatividade física, como já demonstrado<sup>(9-10)</sup>.

Estudos têm demonstrado que o padrão de AF tem sido também relacionado ao perfil sociodemográfico e clínico de grupos específicos<sup>(10-11)</sup>.

Portanto, considerando a importância da adoção precoce de um estilo de vida ativo entre pacientes portadores de cardiopatia isquêmica, o presente estudo teve como objetivo avaliar o comportamento e a motivação para prática de AF, relatada por pacientes coronariopatas em acompanhamento ambulatorial com liberação para realização de AF, de acordo com o perfil sociodemográfico e clínico.

## MÉTODOS

Tratou-se de estudo transversal do tipo correlacional.

O estudo foi realizado em ambulatório de cardiologia,

subespecialidade de Cardiopatia Isquêmica, de hospital universitário de grande porte, no interior do estado de São Paulo.

Fizeram parte deste estudo 144 pacientes com diagnóstico de cardiopatia isquêmica atendidos na referida unidade, com liberação para realização de AF e demonstrando capacidade de estabelecer comunicação efetiva, orientação auto e alopsíquica e sem vínculo a programas de reabilitação cardíaca. Foram excluídos os pacientes com condições clínicas outras que impossibilitassem a realização regular de AF. Os sujeitos que atenderam a todos os critérios e inclusão e não apresentaram o critério de exclusão foram sequencialmente incluídos no estudo, no período de fevereiro de 2008 a março de 2009.

Os dados foram obtidos pela pesquisadora por meio de entrevista e de registro de dados disponíveis no prontuário. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- *Instrumento de Caracterização Sociodemográfica e Clínica*: construído e submetido à validade de conteúdo em estudo prévio<sup>(10)</sup>. Quanto ao perfil sociodemográfico, foram colhidos dados relativos a nome, registro na instituição, idade, sexo, raça, escolaridade, situação conjugal, vínculo empregatício, renda mensal, procedência. Quanto às características clínicas, foram coletados dados referentes à história pregressa de Síndrome Coronária Aguda (SCA) e da última internação relacionada (tipo de SCA, classificação, parede cardíaca acometida e tempo de hospitalização), condições clínicas associadas e hábitos de vida.

- *Medida do Comportamento de caminhada*: os pacientes foram indagados quanto à frequência com que costumavam realizar caminhada, no período antecedente à coleta de dados. Foi perguntado: “Nos últimos dois meses, quantas vezes você caminhou no mínimo 30 minutos no dia: (1) menos de uma vez por semana, (2) uma vez por semana, (3) duas vezes por semana, (4) três ou mais vezes por semana”;

- *Questionário de Atividade Física Habitual (QAFH)*: criado por Baecke et al<sup>(12)</sup>, composto por 16 questões, mensuradas por escala tipo Likert que abrangem três componentes da AF: atividades físicas ocupacionais (AFO); exercícios físicos praticados durante o tempo de lazer (EFL); e atividades físicas durante o tempo de lazer e atividades físicas de locomoção (ALL), excluindo exercícios físicos. Para a determinação do escore total de AFH, somam-se os escores AFO, EFL e ALL. Cada um dos escores (AFO, EFL e ALL) pode ter pontuação mínima de 1 e máxima de 5. Assim, o escore total pode variar de 3 a 15; sendo que quanto maior o escore, maior o nível de AFH realizada pelo sujeito. Foi utilizada a versão adaptada para a língua portuguesa do Brasil<sup>(13)</sup>.

- *Medida da Intenção (I)*: o constructo Intenção, com seis itens, aborda a motivação da pessoa em realizar determinado Comportamento, cada um mensurado por uma escala tipo Likert, com possibilidade de resposta de um a cinco pontos (Exemplo: “Eu tenho intenção de fazer caminhada, no mínimo 30 minutos, três vezes por semana, no próximo mês”: definitivamente não [1] - definitivamente sim [5]). Para interpretação dos escores obtidos utilizou-se a média aritmética dos seis itens que compõem o constructo, de forma que quanto maior o escore médio, maior a intenção do sujeito em realizar o comportamento.

As medidas de Comportamento de caminhada e Intenção foram derivadas do *Questionário para identificação dos fatores determinantes do comportamento de atividade física*, construído e

validado em estudo prévio<sup>(14)</sup>.

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha eletrônica (Software Excel, 2003) e transferidos para o programa SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*, versão 15.0; e submetidos às análises descritiva, de comparação e de correlação. Como os dados apresentaram distribuição não normal, foram utilizados testes não paramétricos para análise inferencial, com apresentação das tendências centrais em mediana e respectivo IQR - *interquartile range*. Foram empregados o Teste de Mann-Whitney e o Coeficiente de Correlação de Spearman para comparar e correlacionar, respectivamente, as medidas de Intenção e Comportamento e as variáveis sociodemográficas e clínicas. A magnitude das correlações foi interpretada, de acordo com os seguintes critérios<sup>(15)</sup>: correlações  $< 0,30$ : fraca magnitude; entre 0,30 e 0,50: magnitude moderada e correlações  $> 0,50$ : forte magnitude. Foi adotado como nível de significância  $p$ -valor  $< 0,05$ .

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que foi realizada a pesquisa (Parecer nº708/2007).

## RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica e clínica dos 144 sujeitos é apresentada na Tabela 1 (p. 746). A amostra foi constituída em sua maioria por homens (63,9%), com média de idade de 59,4 ( $\pm 8,8$ ) anos, caucasóides (82,6%), casados (69,4%), inativos (80,5%), com renda individual média de 1,5 ( $\pm 1,0$ ) salários mínimos (SM), renda familiar média de 2,1 ( $\pm 1,0$ ) SM e escolaridade média de 4,7 ( $\pm 2,1$ ) anos de estudo.

Grande parte dos sujeitos com síndrome coronária aguda eram portadores de IM (66,0%), com sintoma de precordialgia no último mês (59,0%), com mais de duas condições clínicas associadas (52,2%), com predomínio da HAS (75,0%) e da dislipidemia (74,3%); 42,4% dos sujeitos possuíam antecedente de tabagismo, dos quais 11,1% eram tabagistas atuais; 21,5% de etilismo atual ou progressivo.

Observou-se que homens e mulheres apresentaram características sociodemográficas e clínicas semelhantes, com exceção do *status* profissional, do relato de sintomas e número de condições associadas. Houve maior proporção de sujeitos ativos profissionalmente entre os homens do que entre as mulheres (19,5% x 6,1%, qui-quadrado,  $p=0,043$ ). O relato de precordialgia foi mais frequente entre as mulheres do que entre os homens (75,5% x 49,4%, qui-quadrado,  $p=0,04$ ), assim como o número de sintomas relatados no último mês (1,59 x 1,08, Mann-Whitney,  $p=0,002$ ). O número de condições clínicas associadas, entretanto foi maior entre os homens (2,57 x 2,29, Mann-Whitney,  $p=0,035$ ).

A análise descritiva do Comportamento e da Intenção em realizar AF e das dimensões que compõem a AFH estão apresentadas na Tabela 2 (p.748). Foram constatados valores de mediana de 4,0 para a Intenção, o que aponta para motivação positiva do sujeito para realização de AF, embora os escores obtidos na medida do comportamento, tanto pela questão única como pelo questionário de Baecke apontem para estilo de vida sedentário, com relato de baixa frequência de AF habitual, progressa à entrevista.

A análise comparativa apontou que pacientes com manifestação clínica progressa de angina, sem história de tabagismo atual ou progresso mostraram menor motivação para AF. Já os pacientes do

sexo feminino e sem sintoma de precordialgia apresentaram menores níveis de AF (Tabela 3 - p. 747).

A análise de correlação de Spearman entre as medidas de Intenção, Comportamento de caminhada e AFH e as variáveis sociodemográficas e clínicas está apresentada na Tabela 4 (p.748).

Foi constatada correlação significativa, embora de fraca intensidade entre a Intenção e a renda mensal individual ( $r=0,224$ ,  $p=0,007$ ). A medida do Comportamento de caminhada não apresentou correlação com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

A dimensão AFO do questionário de Baecke apresentou correlação positiva de fraca magnitude com a renda familiar ( $r=0,186$ ;  $p=0,01$ ) e o tempo decorrido desde a última SCA ( $r=0,139$ ;  $p=0,05$ ), bem como correlação negativa de fraca magnitude com o IMC ( $r=-0,149$ ;  $p=0,04$ ).

Foram constatadas correlações positivas de fraca magnitude entre a dimensão EFL e a variáveis renda individual ( $r=0,146$ ;  $p=0,04$ ), número de condições clínicas associadas ( $r=0,157$ ;  $p=0,03$ ) e IMC ( $r=0,184$ ;  $p=0,03$ ) e correlação negativa com a idade ( $r=-0,146$ ;  $p=0,04$ ).

A dimensão ALL e o escore total da AFH apresentaram correlações de fraca magnitude com o tempo decorrido da última SCA ( $r=0,158$ ,  $p=0,03$ ;  $r=0,222$ ,  $p=0,005$ , respectivamente).

## DISCUSSÃO

A fim de obter uma avaliação mais ampla das características da AF realizada pelo paciente cardiopata isquêmico, foram analisadas a motivação para adoção de estilo de vida ativo, bem como diferentes medidas do comportamento de realizar AF, por meio da especificação do Comportamento de caminhada (no mínimo 30 minutos, três vezes por semana) e da AF Habitual mensurada pelo questionário de Baecke.

Não há relato na literatura nacional e internacional de estudos com aplicação do QAFH em população semelhante à deste estudo. Estudo brasileiro<sup>(13)</sup>, que avaliou a AFH em 326 indivíduos do sexo masculino, saudáveis e com idade superior a 50 anos, relatou que apenas 6,4% dos sujeitos realizava AF de lazer, achados compatíveis com os resultados do presente estudo.

Como já registrado na literatura, foram observados em homens e mulheres níveis mais elevados de motivação para realização de AF do que a prática efetiva do comportamento, no mês que antecedeu as entrevistas. O padrão relatado de comportamento de AF, avaliado segundo a frequência de realização de caminhada e pelo questionário de Baecke, aponta para inatividade física no grupo estudado.

No Brasil, estudo prévio<sup>(10)</sup> que avaliou prospectivamente o comportamento de AF de pacientes com SCA ao longo dos dois primeiros meses após a alta hospitalar também encontrou níveis mais elevados de motivação para realização de AF do que os níveis progressos do comportamento. Estes achados podem indicar efeito da desajustabilidade social<sup>(16)</sup>, como também e mais possivelmente denotar o desejo de modificação do comportamento. No estudo citado<sup>(10)</sup> os dados tendem a concordar com a segunda suposição, uma vez que foi observado que após o primeiro mês de alta hospitalar, mesmo com baixo nível de AF progressa, os sujeitos motivados para caminhada, fizeram-na com maior frequência do que aqueles com menor motivação, apontando para a relevância das intervenções voltadas para o fortalecimento da Intenção do

sujeito.

No presente estudo foi evidenciado que motivação e Comportamento foram diferentes segundo algumas variáveis sociodemográficas e clínicas.

Tipo de manifestação clínica da SCA e tabagismo foram associados ao nível de motivação, enquanto que o sexo e a precordialgia, o foram diretamente com o nível de AF, sendo a frequência de AF significativamente menor entre as mulheres. No estudo de Mendez<sup>(10)</sup>, na alta hospitalar, os homens também relataram maior frequência de AF do que as mulheres.

A literatura tem consistentemente encontrado que entre cardiopatias, a adesão de homens à prática de exercícios é significativamente maior quando comparado à das mulheres<sup>(17-18)</sup>. Tem sido sugerido que os homens apresentariam maior adesão à prática de AF por serem mais confiantes na superação de barreiras, como, medo de ter um novo evento isquêmico, sintomas, principalmente a precordialgia e efeitos colaterais da medicação<sup>(11)</sup>.

Foi observado que a maior gravidade da condição clínica (manifestação prévia de IM, presença de precordialgia e tabagismo) foi associada à maior motivação ou relato de maior frequência de AF, o que pode estar relacionado com a percepção de maior risco da doença, aumentando a preocupação com os aspectos preventivos, levando a maior motivação e prática de AF. O risco percebido<sup>(19)</sup> é uma das variáveis estudadas em modelos de crença de saúde e de mudança de Comportamento, e sugere que as pessoas que tem maior percepção de risco podem ter maior intenção em adotar comportamentos preventivos<sup>(20)</sup>. Assim, os indivíduos que apresentam um maior julgamento de risco tendem a ser mais propensos à adoção de comportamentos de redução de risco<sup>(21)</sup>.

A análise de correlação apontou para uma relação direta embora de fraca magnitude entre motivação, AF e variáveis sociodemográficas.

A renda mensal foi uma variável que mostrou correlação direta com a motivação para caminhada, com a prática de EFL e AFO. A maior renda individual neste estudo foi relacionada a maior motivação para caminhada, enquanto que a maior renda familiar parece possibilitar ao sujeito condições para maior prática de AF nas atividades ocupacionais e de lazer. Na literatura internacional há relato da associação entre baixa renda e inatividade física<sup>(22-23)</sup>. Estudo recente evidenciou que mulheres com baixa renda apresentam inúmeras barreiras para realização de AF, relacionadas principalmente à cultura, fadiga, problemas de saúde, prioridades familiares, incluindo o cuidado de crianças, bem como à falta de motivação<sup>(24)</sup>. Por outro lado, estudo evidencia que indivíduos com elevada renda familiar têm mais facilidades e oportunidades e menos barreiras para realizar AF<sup>(25)</sup>.

O maior tempo decorrido desde a última SCA foi relacionado à maior prática de AF no período ocupacional e de lazer, bem como maior frequência de caminhada. Este fato pode estar associado ao

desenvolvimento de maior confiança do sujeito em sua capacidade para o trabalho e para AF de modo geral.

O IMC, por sua vez foi correlacionado de forma negativa à AF no período ocupacional, o que pode ser reflexo das limitações impostas pela obesidade como maior cansaço para execução de esforço físico. Recente estudo evidencia que na proposição de intervenções para pessoas obesas, além das estratégias que fortalecem a motivação, devem ser consideradas aquelas que levam a maior percepção de controle sobre o comportamento em conjunto com aspectos ambientais favoráveis à execução do comportamento<sup>(25)</sup>.

A idade por sua vez apresentou correlação negativa com as atividades físicas realizadas no período de lazer mostrando que com o avançar da idade o sujeito adota um padrão mais sedentário também em suas atividades de lazer. Estudo que avaliou os fatores que influenciam a AF em 5.167 canadenses com idade entre 15 e 79 anos também encontrou níveis de AF menores entre os mais idosos, sendo que a associação com a intenção foi significativa somente entre os mais jovens<sup>(25)</sup>.

Em síntese, pacientes do sexo feminino, com idade mais elevada, menor renda mensal, com manifestação clínica pregressa de angina, com precordialgia e menor tempo decorrido desde a última SCA são os que apresentam menores níveis de motivação ou de AF propriamente dita, constituindo, assim, grupo que merece atenção específica no delineamento de intervenções educativas.

## CONCLUSÃO

Concluindo, os dados sugerem, a exemplo dos achados da literatura internacional, que o padrão de AF e de motivação varia entre pacientes cardiopatas isquêmicos, segundo características sociodemográficas e clínicas e que, portanto, tais características devem ser consideradas no planejamento das intervenções educativas visando maior adesão destes pacientes à prática de AF em seu cotidiano.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo tem limitações no que tange à validade das medidas de auto-relato das atividades físicas. Embora a maior parte da literatura clássica sobre a relação entre AF e risco cardíaco seja baseada em questionários e instrumentos de auto-relato, potenciais vieses devem ser assumidos. Recomenda-se que em estudos futuros, além das medidas subjetivas, sejam agregadas medidas objetivas para avaliação da AF.

## Financiamento

Esta pesquisa recebeu financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo 2007/57.400-0).

## REFERÊNCIAS

1. Lima FET, Araújo TL. Correlação dos fatores condicionantes básicos para o autocuidado dos pacientes pós-revascularização do miocárdio. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(5):519-23.
2. Guimarães HP, Avezum A, Piegas LS. Epidemiologia do Infarto Agudo do Miocárdio. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2006;1: 1-7.
3. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics — 2007 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2007; 115: e69-e171.

4. Colombo RCR, Aguillar OM. Factores que predisponen, posibilitan y refuerzan comportamientos relacionados a dislipidemia en pacientes con infarto de miocardio. *TEA* 2003; 10(50): 28-33.
5. Gallani MCBJ, Colombo RCR, Ueti AA, Ueti OM, Coelho OR. Resultados da prevenção secundária da coronariopatia em Ambulatório universitário. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2006; 16: 6-12.
6. Wessel TR, Arant CB, Olson MB. Relationship of physical fitness vs body mass index with coronary artery disease and cardiovascular events in women. *JAMA* 2004; 292: 1179-87.
7. Jewell D. The Role of Fitness in Physical Therapy Patient Management: Applications Across the Continuum of Care. *CPTJ* 2006; 17(2): 47-62.
8. Armitage JC, Conner M. Social cognition models and health behaviour: a structured review. *Psychol Health* 2000, 15:73-189.
9. Conroy MB, Cook NR, Manson JE, Buring JE, Lee IM. Past physical activity, current physical activity, and risk of coronary heart disease. *Med Sci Sports Exerc* 2005; 1251:56.
10. Mendez RDR. Fatores individuais determinantes da realização de atividade física pelos pacientes com síndrome coronária aguda após a alta hospitalar. [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2008.
11. Blanchard CM, Rodgers WM, Courneya KS, Daub B, Knapik G. Does barrier efficacy mediate the gender-exercise adherence relationship during phase II cardiac rehabilitation? *Rehabil Psychol* 2002; 17(1): 106-20.
12. Baecke JA, Burema J, Frijters JE. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *Am J Clin Nutr* 1982; 36: 936-42.
13. Florindo AA, Latorre MRDO, Jaime PC, Tanaka T, Zerbini CAF. Metodologia para a Avaliação da atividade física habitual em homens com 50 anos ou mais. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2): 307-14.
14. Mendez RDR, Rodrigues RCM, Cornélio ME, Gallani MCBJ, Godin G. Desenvolvimento de instrumento para medida dos fatores psicossociais determinantes do comportamento de atividade física em coronariopatas. *Rev Esc Enferm USP* 2010. No prelo.
15. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1980.
16. Klesges LM, Baranowski T, Beech B, Cullen K, Murray DM, Rochon J, Pratt C. Social desirability bias in self-reported dietary, physical activity and weight concerns measures in 8- to 10-year-old African-American girls: results from the Girls health Enrichment Multisite Studies (GEMS). *Prev Med* 2004; 38(1): 78-87.
17. Jenkins LS, Gortner SR. Correlates of self-efficacy expectation and prediction of walking behavior in cardiac surgery elders. *Ann Behav Med* 1998; 20: 99-103.
18. Schuster P, Waldron J. Gender differences in cardiac rehabilitation patients. *J Adv Nurs* 1991; 16: 248-53.
19. Strecher VJ, Champion VL, Rosenstock IM. The health belief model and health behavior. In: Gochman DS. Handbook of health behavior research I. Personal and social determinants. New York: Plenum Press; 1997. p.91-91.
20. Blue CL. Does the theory of planned behavior identify diabetes-related cognitions for intention to be physically active and eat a healthy diet? *Public Health Nurs* 2007; 24(2): 141-50.
21. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health: A report of the surgeon general. Atlanta: GA7 Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
22. Pan SY, Cameron C, DesMeules M, Morrison H, Craig CL, Jiang XH. Individual, social, environmental, and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2009, 9:21.
23. Cerin E, Leslie E. How socio-economic status contributes to participation in leisure-time physical activity. *Soc Sci Med* 2008, 66:2596-609.
24. Hoebeke R. Low-income women's perceived barriers to physical activity: focus group results. *Appl Nurs Res* 2008; 21: 60-5.
25. Godin G, Amireault S, Bélanger-Gravel A, Vohl MC, Pérusse L. Prediction of Leisure-time Physical Activity Among Obese Individuals. *Obesity* 2009; 17(4): 706-12.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos pacientes com cardiopatia isquêmica (n= 144) atendidos em serviço ambulatorial de hospital universitário do interior do estado de São Paulo, Campinas, 2009.

Variáveis	TOTAL (n= 144)			SEXO MASCULINO (n=92)			SEXO FEMININO (n=52)								
	n	%	Média (dp)	Mediana	Varição	n	%	Média (dp)	Mediana	Varição	n	%	Média (dp)	Mediana	Varição
<b>Idade (em anos)</b>			59,4 (8,8)	59,0	28-81			59,9 (7,9)	4,0	4,3-81			58,1 (10,5)	4,0	2,8-80
<b>Escolaridade (em anos)</b>			4,7 (2,1)	4,0	0-11			4,8 (2,2)	4,0	0-11			4,7 (2,0)	4,0	2-11
<b>Raça</b>															
Caucasóide	119	82,6				76	87,4				36	73,5			
Não caucasóide	25	17,4				11	12,6				13	26,5			
<b>Situação Conjugal</b>															
Casado	100	69,4				63	72,4				32	65,3			
Viúvo	23	16,0				11	12,6				10	20,4			
Separado	18	12,5				12	13,8				5	10,2			
Solteiro	3	2,1				1	1,1				2	4,1			
<b>Situação Profissional</b>															
Inativos	116	80,5				70	80,5				40	81,7			
Ativos	22	15,3				17	19,5 <sup>1</sup>				3	6,1 <sup>1</sup>			
Do lar	6	4,2				--	--				6	12,2			
<b>Renda Individual mensal (SM*)</b>			1,5 (1,0)	1,1	0,0-8,6			1,5 (1,1)	1,1	0,0-8,6			1,3 (0,7)	1,1	0,0-3,9
<b>Renda familiar mensal (SM)</b>			2,1 (1,0)	1,8	0,9-8,6			2,1 (1,1)	1,8	0,9-8,6			2,0 (1,0)	1,8	0,9-8,6
<b>Caracterização da SCA IAM</b>															
Argina	95	66,0				61	70,1				30	61,2			
Anterior**	49	34,0				26	29,9				19	38,8			
Inferior***	17	29,3				11	29,7				4	23,5			
<b>Tempo decorrido desde a última SCA (anos)</b>			4,5 (4,1)	3,0	0,5-20,0			4,9 (4,6)	3,0	0,5-20,0			3,9 (3,3)	3,0	0,5-14,0
<b>Tempo de hospitalização pela SCA (último evento - em dias)</b>			14,3 (11,9)	10,0	1-74			14,4 (12,1)	1,1	2-74			14,3 (12,3)	9	1-52
<b>Sintomas</b>															
Precordialgia	85	59,0				43	49,4				37	75,5			
Dispneia	47	32,6				25	28,7				18	36,7			
Palpitação	51	35,4				26	29,9				23	46,9			
<b>Sintomas associados</b>			1,3 (0,9)	1,0	0-3			1,1 <sup>1</sup> (0,9)	1,0	0-3			1,6 <sup>1</sup> (0,9)	1,0	0-3
<b>Condições Clínicas associadas</b>															
Hipertensão Arterial Sistêmica	108	75,0				68	78,2				36	76,5			
Dislipidemia	107	74,3				67	77,0				35	71,4			
Diabetes Mellitus	39	27,1				24	27,6				12	24,5			
Acidente Vascular Encefálico	8	5,5				6	6,8				2	4,0			
<b>Obesidade - IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>			27,8 (6,3)	27,2	18,7-58,3			27,8 (4,8)	27,3	18,7-50,4			28,1 (7,1)	27,0	20,0-58,3
IMC > 30 kg/m <sup>2</sup>	40	27,8				64	73,6				29	59,2			
<b>Número de condições clínicas associadas</b>			2,4 (0,8)	2,5	1-4			2,6 <sup>1HS</sup> (0,7)	3,0	1-4			2,3 <sup>1HS</sup> (0,8)	2,0	1-4
<b>Hábitos de vida</b>															
Tabagismo (pregresso e atual)	61	42,4				42	48,3				17	34,7			
Etilismo (pregresso e atual)	29	20,1				21	24,1				8	16,4			

\*SM = salário mínimo. Um (1) salário mínimo = R\$465,00, em 05/05/2009. \*\*Anterior = Anterior (VI-VI6) + Anterior externo (VI-VI6). DI e AVI) + Antero-septal (VI-VI4) + Antero-lateral; \*\*\* Inferior = Inferior (DII, DIII, AVF) e Inferior (DII, DIII, AVF) + VI

Tabela 3 - Análise comparativa das medidas de Intenção, Comportamento e Atividade Física Habitual e variáveis Sociodemográficas e Clínicas dos pacientes com cardiopatia isquêmica (n=144). Campinas, 2009.

Variáveis	Intenção		Comportamento		AFO		EFL		AFH		ALL		Escore Total	
	Mediana (IQR <sup>§</sup> )	Média (dp <sup>¶</sup> )	Mediana (IQR)	Média (dp)	Mediana (IQR)	Média (dp)	Mediana (IQR)	Média (dp)	Mediana (IQR)	Média (dp)	Mediana (IQR)	Média (dp)	Mediana (IQR)	Média (dp)
<b>Sexo</b>														
Masculino	4,0 (0,8)	3,9 (0,7)	3,0 (1,0)	2,6 (1,0)	2,1 (0,4)	2,3 (0,6)	2,2 (0,7)	2,2 (0,6)	2,5 (0,5)	2,5 (0,6)	6,7 (1,6)	7,1 (1,2)		
Feminino	3,8 (1,0)	4,0 (0,6)	2,0 (2,0)	2,3 (1,1)	2,0 (1,2)	2,3 (0,7)	2,2 (0,7)	2,1 (0,6)	2,5 (0,5)	2,5 (0,5)	6,7 (1,0)	6,8 (1,0)		
<b>Tipo de SCA</b>														
IAM (com e sem supra)	<b>4,0** (0,7)</b>	4,1 (0,7)	3,0 (2,0)	2,6 (1,1)	2,1 (0,5)	2,3 (0,7)	2,2 (0,7)	2,2 (0,6)	2,5 (0,5)	2,5 (0,6)	6,7 (1,6)	7,1 (1,2)		
Angina	<b>3,9** (0,6)</b>	3,8 (0,6)	2,0 (2,0)	2,3 (1,0)	2,0 (0,4)	2,2 (0,6)	2,2 (0,7)	2,1 (0,5)	2,5 (0,7)	2,5 (0,5)	6,7 (1,1)	6,8 (1,0)		
<b>Sintomas</b>														
Precordialgia														
Não	4,0 (1,2)	4,0 (0,7)	3,0 (1,0)	2,6 (1,0)	2,1 (0,5)	2,2 (0,5)	2,2 (0,7)	2,2 (0,6)	2,5 (0,7)	2,4 (0,5)	<b>6,8* (1,0)</b>	6,8 (1,0)		
Sim	3,8 (0,8)	3,9 (0,6)	2,0 (2,7)	2,5 (1,1)	2,1 (1,1)	2,4 (0,7)	2,2 (0,7)	2,2 (0,6)	2,5 (0,5)	2,6 (0,6)	<b>7,2* (1,2)</b>	7,2 (1,2)		
Dispneia														
Não	3,8 (0,8)	3,9 (0,6)	3,0 (1,0)	2,5 (1,0)	2,1 (0,5)	2,3 (0,7)	2,2 (0,7)	2,2 (0,6)	2,5 (0,5)	2,6 (0,6)	6,9 (1,4)	7,0 (1,2)		
Sim	4,0 (1,2)	4,1 (0,7)	3,0 (3,0)	2,6 (1,2)	2,1 (0,9)	2,3 (0,6)	2,2 (0,7)	2,2 (0,7)	2,5 (0,7)	2,4 (0,5)	6,7 (1,4)	7,0 (1,1)		
Palpitação														
Não	4,0 (1,0)	4,0 (0,7)	3,0 (2,0)	2,6 (1,1)	2,1 (0,5)	2,3 (0,7)	2,2 (0,7)	2,2 (0,6)	2,5 (0,5)	2,5 (0,6)	6,7 (1,5)	7,0 (1,2)		
Sim	3,8 (1,0)	3,9 (0,6)	2,0 (1,0)	2,4 (1,0)	2,1 (0,9)	2,3 (0,7)	2,2 (0,6)	2,2 (0,6)	2,5 (0,5)	2,5 (0,5)	6,7 (1,2)	7,0 (1,0)		
<b>Tabagismo</b>														
Sim	<b>4,0† (1,0)</b>	4,1 (0,7)	3,0 (2,0)	2,7 (1,1)	2,1 (0,6)	2,3 (0,6)	2,2 (0,7)	2,2 (0,6)	2,5 (0,7)	2,5 (0,6)	6,7 (1,4)	7,0 (1,2)		
Não	<b>3,7† (1,0)</b>	3,9 (0,6)	2,0 (2,0)	2,4 (1,1)	2,1 (0,6)	2,3 (0,7)	2,2 (0,7)	2,2 (0,6)	2,5 (0,5)	2,5 (0,5)	6,7 (1,4)	7,0 (1,1)		
<b>Condições clínicas associadas</b>														
Hipertensão														
Sim	4,0 (0,8)	4,0 (0,6)	3,0 (1,7)	2,6 (1,1)	2,1 (0,6)	2,3 (0,7)	2,2 (0,7)	2,2 (0,6)	2,5 (0,5)	2,5 (0,6)	6,8 (1,4)	7,1 (1,1)		
Não	4,0 (1,4)	4,0 (0,7)	2,0 (1,7)	2,4 (1,1)	2,1 (1,0)	2,3 (0,7)	2,2 (0,7)	2,1 (0,5)	2,5 (0,4)	2,4 (0,4)	6,7 (1,9)	6,9 (1,1)		
Dislipidemia														
Sim	4,0 (1,0)	4,0 (0,7)	3,0 (1,0)	2,6 (1,0)	2,1 (0,5)	2,3 (0,6)	2,2 (0,7)	2,2 (0,6)	2,5 (0,6)	2,5 (0,6)	6,7 (1,4)	7,0 (1,1)		
Não	3,8 (1,0)	3,9 (0,7)	2,0 (3,0)	2,4 (1,2)	2,2 (0,9)	2,4 (0,8)	2,2 (0,8)	2,2 (0,6)	2,5 (0,6)	2,5 (0,4)	6,9 (1,4)	7,2 (1,2)		
Diabetes														
Sim	4,0 (0,8)	4,0 (0,7)	2,0 (2,0)	2,6 (1,1)	2,2 (0,7)	2,3 (0,7)	2,2 (0,9)	2,3 (0,6)	2,5 (0,9)	2,5 (0,6)	6,7 (1,2)	7,1 (1,3)		
Não	3,8 (0,8)	4,0 (0,6)	3,0 (1,0)	2,5 (1,1)	2,1 (0,7)	2,3 (0,7)	2,2 (0,7)	2,1 (0,6)	2,5 (0,5)	2,5 (0,5)	6,7 (1,5)	7,0 (1,1)		
Obesidade/sobrepeso														
Sim	4,0 (0,8)	4,0 (0,6)	3,0 (3,0)	2,5 (1,1)	2,1 (0,5)	2,2 (0,6)	2,2 (0,7)	2,2 (0,6)	2,5 (0,5)	2,6 (0,6)	6,7 (1,5)	7,0 (1,1)		
Não	4,0 (1,3)	4,0 (0,8)	2,0 (1,0)	2,5 (1,0)	2,1 (1,4)	2,5 (0,8)	2,2 (0,7)	2,1 (0,5)	2,5 (0,7)	2,4 (0,5)	6,7 (1,2)	7,0 (1,1)		

IQR<sup>§</sup> = amplitude inter-quantis; dp<sup>¶</sup> = desvio padrão; \*p=0,05; \*\*p=0,01; †p=0,008 - Teste de Mann-Whitney para amostras independentes.

Tabela 2. Análise descritiva da medida da Intenção, Comportamento e Atividade Física Habitual entre os sujeitos com cardiopatia isquêmica (n= 144). Campinas, 2009.

Variáveis	Média (dp)	Mediana (IQR)
<b>Questionário para identificação dos determinantes do comportamento de Atividade Física</b>		
<i>Intenção</i>	4,0 (0,7)	4,0 (1,0)
<i>Comportamento</i>	2,5 (1,1)	3,0 (1,0)
<b>Atividade Física Habitual (AFH)</b>		
<i>Atividades Físicas Ocupacionais (AFO)</i>	2,3 (0,7)	2,1 (0,6)
<i>Exercícios Físicos no Lazer (EFL)</i>	2,2 (0,6)	2,2 (0,7)
<i>Atividades físicas de lazer e locomoção (ALL)</i>	2,5 (0,6)	2,5 (0,5)
<i>Escore total de AFH</i>	7,0 (1,1)	6,7 (1,4)

Tabela 4. Análise de correlação entre as medidas de Intenção, Comportamento e Atividade Física Habitual e as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes com cardiopatia isquêmica (n= 144). Campinas, 2009.

Váriáveis	Intenção r* (p)	Comportamento r (p)	AFH			Escore Total r (p)
			AFO r (p)	EFL r (p)	ALL r (p)	
<b>Sociodemográficas</b>						
<i>Idade</i>	-0,002 (0,986)	-0,115 (0,17)	-,004 (0,96)	<b>-0,146 (0,04)</b>	0,101 (0,12)	-0,065 (0,22)
<i>Escolaridade</i>	-0,123 (0,08)	0,023 (0,39)	0,057 (0,24)	0,017 (0,42)	0,000 (0,49)	0,000 (0,50)
<i>Renda Individual</i>	<b>0,224 (0,007)</b>	0,036 (0,33)	-0,009 (0,45)	<b>0,146 (0,04)</b>	0,07 (0,20)	0,122 (0,08)
<i>Renda Familiar</i>	0,131 (0,06)	-0,103 (0,12)	<b>0,186 (0,01)</b>	-0,037 (0,34)	-0,026 (0,38)	0,028 (0,37)
<b>Clínicas</b>						
<i>Número de condições clínicas associadas</i>	0,096 (0,13)	0,098 (0,13)	-0,094 (0,14)	<b>0,157 (0,03)</b>	0,085 (0,16)	0,25 (0,38)
<i>Tempo decorrido desde a última SCA</i>	0,082 (0,17)	0,133 (0,06)	<b>0,139 (0,05)</b>	0,133 (0,06)	<b>0,158 (0,03)</b>	<b>0,222 (0,005)</b>
<i>Índice de Massa Corporal</i>	0,039 (0,32)	0,060 (0,24)	<b>-0,149 (0,04)</b>	<b>0,184 (0,03)</b>	0,116 (0,09)	0,018 (0,42)

\*Coeficiente de correlação de Spearman