

Helena Cristina Soares Oliveira

Adesão ao regime terapêutico da pessoa com patologia cardíaca: percepção do próprio e da família



Junho, 2017

Helena Cristina Soares Oliveira

Adesão ao regime terapêutico da pessoa com patologia cardíaca: percepção do próprio e da família

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular Relatório Final, do V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, sob orientação do Professor Doutor João Duarte.



Junho, 2017

A verdadeira viagem de descoberta consiste não em procurar novas terras, mas em ter uma nova visão.

Marcel Proust

Agradecimentos

A concretização do presente trabalho só foi possível com o contributo de várias pessoas a quem quero expressar o meu agradecimento.

Em primeiro lugar a todas as pessoas que se disponibilizaram a colaborar no estudo, aos que preencheram os questionários e aos que acederam responder às entrevistas.

Ao meu orientador, professor doutor João Duarte pela paciência e colaboração com os seus valiosos conhecimentos nas diferentes fases de elaboração do estudo.

E por fim, por serem os mais importantes, um enorme obrigado ao meu marido Filipe e às minhas filhas Mariana e Catarina.

Resumo

Introdução: A adesão ao regime terapêutico é um fator determinante no sucesso terapêutico e pode ser influenciada por vários fatores ligados à doença, ao tratamento, à própria pessoa, às condições socioeconômicas, ao apoio social e até à relação com os profissionais de saúde.

A patologia cardíaca é uma das doenças que exige bastante empenho dos seus portadores, no sentido de procederem a um conjunto de alterações na sua vida diária, para controlar a progressão da doença e prevenir consequências nefastas.

Objetivos: Determinar a prevalência da adesão ao regime terapêutico da pessoa com patologia cardíaca, identificar os fatores que a influenciam, analisar a influência do apoio social, conhecer a percepção da família em relação ao nível de adesão terapêutica e fatores que a influenciam.

Métodos: Triangulação metodológica que engloba um estudo de natureza quantitativa do tipo descritivo correlacional, analítico realizado numa amostra não probabilística por conveniência com 110 participantes e outro de natureza qualitativa de características fenomenológicas realizado com uma amostra de 8 familiares de doentes.

Resultados: No estudo um registou-se que a percentagem de adesão farmacológica é 51,8%. Em relação às medidas de adesão não farmacológica registou-se que 92,7% não são fumadores mas a ingestão de bebidas alcoólicas ocorre em 51,8% dos participantes. A prática de exercício físico e a alimentação saudável são dois estilos de vida adotados por uma percentagem da amostra inferior a 40%. No estudo 2, a percepção dos familiares indica que na adesão farmacológica, prática de exercício físico e a alimentação saudável rondam os 50%. O consumo de álcool é assumido por 62,5% enquanto o tabagismo está presente em 12,5%.

Conclusão: Os resultados evidenciam a pouca influência exercida pelos fatores sociodemográficos nomeadamente género e idade. Em relação à adesão não farmacológica ainda há muito a fazer no que diz respeito às alterações de estilos de vida.

Cabe aos profissionais de saúde inculcar nos doentes o sentido de responsabilidade pelo seu autocuidado e pela participação ativa no processo de tratamento da doença.

Palavras-chave: adesão ao regime terapêutico, fatores de adesão, patologia cardíaca

Abstract

Introduction: Adherence to the therapeutic regimen is a determining factor in therapeutic success and can be influenced by several factors related to the disease, treatment, the person, socioeconomic conditions, social support and even the relationship with health professionals.

Cardiac pathology is one of the diseases that requires a great deal of effort from its patients, in order to make a series of changes in their daily life, to control the progression of the disease and prevent harmful consequences.

Objectives: To determine the prevalence of adherence to the therapeutic regimen of the person with cardiac pathology, to identify the factors influencing it, to analyze the influence of social support, to know the family's perception regarding the level of therapeutic adherence and factors that influence it.

Methods: Methodological triangulation encompassing a quantitative study of the descriptive, correlational, analytical type performed in a non - probabilistic sample for convenience with 110 participants and another of a qualitative nature of phenomenological characteristics performed with a sample of 8 patients' relatives.

Results: In study one, it was recorded that the percentage of pharmacological adherence is 51.8%. Regarding the measures of non-pharmacological adherence, it was observed that 92.7% are not smokers but alcohol consumption occurs in 51.8% of the participants. The practice of physical exercise and healthy eating are two lifestyles adopted by a percentage of the sample less than 40%. In study 2, the perception of family members indicates that pharmacological adherence, physical exercise and healthy eating are around 50%. Alcohol consumption is assumed by 62.5% while smoking is present in 12.5%.

Conclusion: The results show the low influence exerted by sociodemographic factors, namely gender and age. Regarding nonpharmacological adherence, there is still much to be done with regard to lifestyle changes.

It is incumbent upon health professionals to instill in their patients a sense of responsibility for their self-care and for active participation in the process of treating the disease.

Key words: Adherence to the therapeutic regimen, adhesion factors, cardiac pathology

Sumário

Introdução.....	11
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
Capítulo 1 - Doença cardiovascular.....	15
1.1- Doença coronária.....	16
1.2- Insuficiência cardíaca.....	18
1.3- Hipertensão arterial.....	20
1.4- Fibrilhação auricular.....	21
Capítulo 2 - Adesão ao regime terapêutico.....	23
2.1 - Conceitos de adesão e não adesão.....	23
2.2 - Fatores relacionados com a adesão terapêutica.....	27
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	31
ESTUDO 1.....	32
Capítulo 1 - Metodologia.....	32
1.5- Instrumento de recolha de dados.....	37
1.5.1 - Escala de Medida de Adesão ao Tratamento.....	38
1.5.2 - Escala de crenças acerca dos medicamentos.....	40
1.5.3 - Escala de apoio social DUKE-UNC.....	44
1.6- Procedimentos éticos.....	48
1.7- Análise de dados.....	48
Capítulo 2 - Resultados.....	51
2.1 - Caracterização Clínica da Amostra.....	51
2.2 - Caraterização dos estilos de vida.....	53
2.3 - Apoio social.....	54
2.4 - Crenças acerca dos medicamentos.....	55
2.5 - Adesão ao tratamento.....	56
2.6 - Análise inferencial.....	57
2.6.1- Relação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão ao regime terapêutico.....	57
2.6.2- Relação entre as variáveis clínicas e a adesão ao regime terapêutico.....	60
2.6.3- Relação entre apoio social e a adesão ao regime terapêutico.....	62
2.6.4- Relação entre os estilos de vida e a adesão ao regime terapêutico.....	63

2.6.5- Regressões lineares.....	64
Capítulo 3 - Discussão dos resultados.....	67
ESTUDO 2.....	76
Capítulo 4 – Metodologia.....	76
Capítulo 5 – Resultados.....	82
5.1 - Análise e discussão dos resultados.....	82
Capítulo 6 - Síntese Integrativa.....	97
Capítulo 7 - Considerações finais.....	99
Referências Bibliografias.....	103
Anexos.....	109
Anexo 1 - Autorizações para a realização do estudo.....	110
Anexo 2 - Consentimento informado questionário.....	112
Anexo 3 – Questionário.....	113
Anexo 4 - Consentimento informado entrevista.....	119

Lista de tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	36
Tabela 2 - Consistência interna da MAT	39
Tabela 3 - Consistência interna do QCF-Específica	41
Tabela 4 - Análise fatorial em componentes principais	42
Tabela 5 - Consistência interna e correlação por item das “sub-escalas”	42
Tabela 6 - Matriz de correlação entre os itens e a dimensão necessidade específica	43
Tabela 7 - Matriz de correlação entre os itens e a dimensão preocupações específicas	43
Tabela 8 - Consistência interna da escala Duke-unc	45
Tabela 9 - Consistência interna e correlação por item das duas subescalas da escala Duke-unc	46
Tabela 10 - Correlação de Pearson entre os fatores e o apoio confidencial	46
Tabela 11 - Correlação de Pearson entre os fatores e o apoio afetivo	47
Tabela 12 - Correlação de Pearson entre os itens e o apoio total	47
Tabela 13 - Correlação de Pearson entre as subescalas e o apoio total.....	48
Tabela 14 - Coeficiente de variação e classificação do grau de dispersão	49
Tabela 15 - Coeficiente de correlação de Pearson	49
Tabela 16 - Níveis de significância.....	50
Tabela 17 - Caracterização clínica da amostra	52
Tabela 18 - Doenças associadas	53
Tabela 19 - Estilos de vida em função do gênero.....	54
Tabela 20 - Estatística relativa ao Apoio Social.....	55
Tabela 21 - Apoio social em função do gênero.....	55
Tabela 22 - Estatísticas relativas às crenças acerca dos medicamentos	56
Tabela 23 - Estatísticas relativas à escala MAT	56
Tabela 24 - Caracterização da adesão ao tratamento	57
Tabela 25 - Relação entre a adesão ao tratamento e as variáveis sociodemográficas	60
Tabela 26 - Relação entre a adesão ao tratamento e as variáveis clínicas	62
Tabela 27 - Relação entre a adesão ao tratamento e o apoio social.....	63
Tabela 28 - Relação entre a adesão ao tratamento e os estilos de vida.....	64

Tabela 29 - Regressão linear simples entre a adesão terapêutica e o “apoio confidencial”	65
Tabela 30 - Regressão linear múltipla entre a adesão terapêutica, “necessidades específicas” e “preocupações específicas”	66
Tabela 31 - Caraterização dos participantes no estudo qualitativo	78

Lista de figuras

Figura 1 - Desenho de investigação	33
Figura 2 - Conhecimentos acerca da patologia.....	82
Figura 3 - Perceção sobre a toma da medicação	83
Figura 4 - Opinião em relação à quantidade de comprimidos	85
Figura 5 - Custo monetário da medicação	86
Figura 6 - Efeitos indesejados da medicação.....	87
Figura 7 - Possibilidade de ficar dependente da medicação	88
Figura 8 - Hábitos de vida do familiar em relação ao consumo de álcool	89
Figura 9 - Hábitos de vida do familiar em relação ao consumo de tabaco.....	90
Figura 10 - Hábitos de vida do familiar em relação á alimentação	91
Figura 11 - Hábitos de vida do familiar em relação ao exercício físico.....	92
Figura 12 - Interferência dos hábitos de vida na saúde.....	93
Figura 13 - Papel da família no cumprimento das indicações terapêuticas	94
Figura 14 - Suporte social.....	95

SIGLAS

BMQ- Beliefs About Medicines Questionnaire

CV- Coeficiente de Variação

DCV- Doença Cardiovascular

DGS- Direcção-Geral da Saúde

Dp- Desvio Padrão

EAM- Enfarte agudo do miocárdio

ESC – European Society of Cardiology

FA- Fibrilhação auricular

HTA- Hipertensão arterial

IC- Insuficiência cardíaca

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

MAT – Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos

MAT- Escala de Medida de Adesão ao Tratamento

NYHA- New York Heart Association

OMS- Organização Mundial de Saúde

SCA- Síndrome Coronária Aguda

TA- Tensão arterial

Vs – Versus

Introdução

A adesão à terapêutica é definida pela organização Mundial de saúde (WHO, 2003) como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida, corresponde às recomendações transmitidas pelo profissional de saúde.

Nessa perspectiva, a adesão ao regime terapêutico está relacionada não somente com tomar ou não a medicação prescrita mas também como a pessoa gere o seu tratamento no que respeita à conduta em relação à dose, horário, frequência, duração e auto medicação e ainda com a adoção de comportamentos promotores de saúde e o comparecer ou não a consultas médicas ou a realização de exames complementares de diagnóstico.

A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inadequado e de fatores de risco modificáveis. O controlo dos fatores de risco é uma arma potente para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares.

Os fatores de risco mais referidos para a doença cardiovascular são o tabagismo, a tensão arterial elevada, a dislipidemia, a obesidade, a diabetes mellitus, o consumo de álcool em excesso e o stress psicossocial. Muitos destes fatores de risco advêm de características comportamentais, mas para além destes existem fatores de risco não modificáveis como a idade, o sexo, a etnia e antecedentes familiares (Carvalho & Sousa, 2001). O risco de doenças cardiovasculares pode ser reduzido através da adoção de um estilo de vida mais saudável (DGS, 2006): como deixar de fumar, controlar regularmente a tensão arterial, o nível de açúcar e gorduras no sangue; adotar uma alimentação mais saudável, privilegiando o consumo de legumes, vegetais, fruta e cereais; praticar exercício físico moderado com regularidade e realização de exames periódicos de saúde a partir de uma determinada idade (50 anos para as mulheres e 40 anos para os homens).

A mesma fonte refere ainda que a prevenção deve começar mais cedo para os indivíduos com história familiar de doença cardiovascular precoce ou morte súbita.

A não adesão do doente cardíaco leva ao agravamento do seu estado de saúde e consequentemente ao aumento da dependência, do número de recaídas e da gravidade das mesmas. Os custos diretos atribuídos ao mau controlo de qualquer doença são três a quatro vezes superiores aos custos de um controlo adequado e eficaz. Os custos indiretos, como a diminuição da produtividade, a reforma antecipada e a morte prematura, têm a mesma

magnitude, o que significa que controlar e melhorar a adesão é positivo e desejável para os sistemas de saúde.

A adesão à terapêutica com vista a prevenir a doença cardiovascular decresce para menos de 50% até ao final do primeiro ano de tratamento, sendo que a não adesão inclui desde doentes que deixam de tomar a medicação na sua totalidade, àqueles que não a tomam na dose nem nos intervalos aconselhados (Santos, 2010).

Também a Ordem dos Enfermeiros (2009) entende que a não adesão à terapêutica é um dos principais problemas com que o sistema de saúde se depara ao afirmar que:

é necessária uma abordagem multidisciplinar para tratar as doenças crónicas e melhorar a adesão. A família, a comunidade e as organizações de doentes são parceiros-chave na promoção da adesão. Precisam de ser envolvidos de forma ativa no plano de cuidados e nos resultados esperados dos cuidados. A melhoria da adesão irá exigir a cooperação contínua entre os profissionais de saúde, investigadores, responsáveis pelas políticas, famílias e, mais importante que tudo, o doente.

Para o tratamento das doenças crónicas, é importante que doente, família e a comunidade desempenhem um papel ativo. O apoio social, isto é, o apoio formal ou informal recebido pelos membros da sua comunidade, tem sido consistentemente classificado como um fator importante que afeta os resultados e comportamentos de saúde (WHO, 2003).

Revisões sistemáticas recentes confirmam que as pessoas que estão isoladas a nível social ou sem ligação a outras pessoas estão em maior risco de morrer prematuramente de doença cardiovascular. (ESC, 2012a) Da mesma forma a falta de apoio social leva à diminuição da sobrevivência e pior prognóstico entre as pessoas com manifestações clínicas dessa patologia.

Dada a importância do estilo de vida e a relação entre conteúdos cognitivos e a adoção de comportamentos para a prevenção e controle das doenças cardiovasculares, torna-se indispensável conhecer as crenças sobre saúde em geral e aquelas relativas aos comportamentos de saúde cardiovascular, o que permitirá o planeamento de ações eficazes para divulgar conhecimentos, modificar crenças erradas, eliminar ou reduzir as dificuldades e melhorar a adesão a comportamentos de saúde (Coleta, 2010).

É neste enquadramento que surge o tema do estudo – “Adesão ao regime terapêutico da pessoa com patologia cardíaca: perceção do próprio e da família”.

Para melhor compreender esta problemática delineamos uma estratégia que resultou da combinação de dois estudos, vulgo triangulação metodológica. Um de natureza

quantitativa do tipo descritivo correlacional, analítico a que designamos por estudo 1 e outro de natureza qualitativa de características fenomenológicas, designado estudo 2.

Do primeiro estudo emergem como questões de investigação:

- Qual a prevalência da adesão ao regime terapêutico do doente com patologia cardíaca?
- Quais os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico do doente com patologia cardíaca?
- Qual a influência do apoio social na adesão à terapêutica?

Para dar resposta a estas questões, equacionamos os seguintes objetivos:

- Determinar a prevalência da adesão ao regime terapêutico da pessoa com patologia cardíaca;
- Identificar os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico da pessoa com patologia cardíaca;
- Analisar a influência do apoio social na adesão à terapêutica.

O segundo estudo procura complementar o primeiro dado que se pretende ir um pouco além e conhecer a perceção da família em torno desta problemática. Dele surgem como questões de investigação:

- Qual a perceção da família em relação à adesão ao regime terapêutico do seu familiar?
- Qual a perceção da família em relação aos fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico do seu familiar?

Face às questões enunciadas o presente estudo tem como objetivos:

- Conhecer a perceção da família em relação ao nível de adesão ao regime terapêutico da pessoa com patologia cardíaca;
- Conhecer a perceção da família sobre fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico da pessoa com patologia cardíaca.

O presente estudo está organizado em duas partes fundamentais em que cada uma está organizada em capítulos. A primeira parte, na qual se inserem dois capítulos corresponde a um enquadramento teórico que se assume como a estrutura de base que sustenta a investigação. No capítulo 1 consta a revisão bibliográfica sobre doença cardiovascular

orientada principalmente para as principais patologias referidas pelas pessoas que responderam aos questionários: doença coronária, insuficiência cardíaca (IC) e hipertensão arterial (HTA) e fibrilação auricular (FA). Segue-se o capítulo 2, onde é exposta uma abordagem aos conceitos de adesão e não adesão terapêutica bem como fatores que a influenciam.

A segunda parte subdivide-se em 7 capítulos, diz respeito ao estudo empírico o qual se divide em estudo 1 e estudo 2. O primeiro capítulo está relacionado com os aspetos metodológicos, onde é descrito o tipo de estudo, os participantes e sua caracterização, os instrumentos de recolha e análise de dados e as medidas estatísticas utilizadas na análise do estudo 1. Segue-se a apresentação e análise dos resultados e a sua consequente discussão.

No capítulo 4 é descrito o tipo de estudo, os participantes e sua caracterização, os instrumentos de recolha e análise de dados do estudo 2. Tal como no estudo anterior segue-se a apresentação e análise dos resultados.

No capítulo 6 consta a síntese integrativa e por último, apresentamos as considerações finais do trabalho onde constam as limitações do estudo. Terminamos com a lista de referências bibliográficas.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Capítulo 1 - Doença cardiovascular

A doença cardiovascular é a primeira causa de morte na Europa causando todos os anos cerca de 4,35 milhões de mortes nos Estados membros da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) e mais de 1,9 milhões de mortes na União Europeia (ESC, 2012b).

Embora a União Europeia esteja a registar taxas de mortalidade decrescentes por doença cardiovascular, há um número crescente de pessoas a viver diariamente com a doença. Este paradoxo está relacionado com o aumento da longevidade e da sobrevivência das pessoas com doença cardiovascular (ESC, 2012b).

A nível nacional a prevalência dos fatores de risco das doenças cardiovasculares obriga a que se tenha uma especial atenção à sua efetiva prevenção, deteção e correção, tendo em atenção que o conceito subjacente a este termo reúne não apenas as ações que evitam a perda da saúde mas, também, todos os cuidados que promovem a sua recuperação. Obriga, ainda, à adoção de medidas integradas e complementares que potenciem, na população portuguesa, a redução dos riscos de contrair estas doenças, a concretização do seu rápido e adequado tratamento e a tomada de medidas de prevenção secundária que reduzam a sua recorrência (DGS, 2006)

O consumo de tabaco, a tensão arterial e colesterol sanguíneo elevados são os fatores de risco mais conhecidos para a doença cardiovascular. Estes estão diretamente ligados ao estilo de vida, aos hábitos alimentares e aos níveis de atividade física de cada um. Outros fatores associados à doença cardiovascular são o excesso de peso e a obesidade, a diabetes mellitus, o consumo excessivo de álcool e o stresse psicossocial (ESC, 2012b).

Todavia, estes não são os únicos fatores de risco que devemos vigiar. Outros há que, embora indiretamente influenciam a saúde cardiovascular. São eles: o rendimento disponível nas famílias, a educação, as condições de vida e de trabalho, uma vez que são as populações que vivem em piores condições socioeconómicas as mais afetadas pela doença cardiovascular. (ESC, 2012b).

Quando o combate aos fatores de risco não é executado de forma eficaz, a doença cardiovascular desenvolve-se mais precocemente, às vezes de forma dramática e muitos doentes irão sofrer um acidente vascular cerebral, um enfarte agudo de miocárdio, morte súbita ou desenvolver insuficiência cardíaca, que é o resultado final de muitas doenças do coração que têm na sua origem, em grande parte, a negligência no controlo dos fatores de risco. (ESC, 2012b).

Os sintomas provocados por cardiopatias comumente são decorrentes de isquemia miocárdica, alteração da contração e/ou relaxamento do miocárdio, obstrução do fluxo sanguíneo ou frequência ou ritmo cardíaco anormais (Braunwald, 2006).

A isquemia manifesta-se mais frequentemente por desconforto precordial, enquanto a redução do bombeamento do coração habitualmente provoca fadiga e dispneia ou, quando intensa, cianose, hipotensão, síncope e elevação a montante da pressão intravascular de um ventrículo insuficiente, ou seja edema sistémico ou pulmonar. A obstrução do fluxo sanguíneo, como na estenose valvular, pode causar sintomas que se assemelham aos decorrentes da insuficiência cardíaca congestiva.

As arritmias cardíacas desenvolvem-se com frequência de forma súbita e os seus sinais e sintomas tal como: palpitações, dispneia, hipotensão, síncope e pré-síncope, geralmente ocorrem de forma abrupta e podem desaparecer tão rápido como surgiram.

A cardiopatia isquémica pode manifestar-se por desconforto precordial mas também por insuficiência cardíaca, taquiarritmia e morte súbita (Braunwald, 2006).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares apresentado pela DGS (2006) pretende a redução global dos riscos cardiovasculares, articulando-se sobre cinco pilares fundamentais: melhorar a vigilância epidemiológica dos fatores de risco e das patologias cardiovasculares; promover a prevenção cardiovascular, atuando especificamente sobre cada um dos fatores de risco; encorajar o cidadão a ser responsável pela sua própria saúde; melhorar a organização da prestação de cuidados, nomeadamente em relação ao exame periódico de saúde e à abordagem da dor precordial e dos acidentes vasculares cerebrais e por fim promover o respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas.

1.1- Doença coronária

A cardiopatia mais comum nos Estados Unidos é a aterosclerose, que consiste numa acumulação anormal de substâncias lipídicas e tecido fibroso na parede vascular. Estas

substâncias criam bloqueios ou estreitam de tal forma os vasos que reduzem o fluxo sanguíneo para o miocárdio (Brunner & Suddarth, 2002).

A doença coronária, consequência do processo de aterosclerose (na grande maioria dos doentes), engloba os doentes com angina de peito ou com antecedentes de enfarte do miocárdio (Catarino, 2014). O mesmo autor refere que a doença coronária pode surgir devido a uma série de comportamentos e estilos de vida, como, por exemplo, a alimentação desequilibrada, a obesidade, o tabagismo, o sedentarismo, o stresse... que são forte contributo para os designados fatores de risco para a aterosclerose, como: hipertensão arterial, colesterol elevado e diabetes.

Existe dois tipos de dor no peito relacionados com a doença coronária – a angina estável e a síndrome coronária aguda (Harvard Medical School, 2011).

Na angina estável, a dor no peito apresenta um padrão previsível, ocorrendo geralmente depois de uma emoção extrema, de um esforço intenso, de uma refeição abundante, de fumar um cigarro ou da exposição a temperaturas extremamente quentes ou frias. Os sintomas habitualmente duram um a cinco minutos e desaparecem após alguns minutos de repouso. A angina estável é causada por uma placa macia que obstrói parcialmente o fluxo sanguíneo numa ou mais artérias coronárias.

A Síndrome Coronária Aguda (SCA) é uma manifestação ameaçadora à vida, geralmente precipitada por trombose aguda, induzida por uma rutura ou erosão da placa aterosclerótica coronária, com ou sem vasoconstrição concomitante, causando uma redução brusca e crítica do fluxo sanguíneo (Moreira, 2009).

A síndrome coronária aguda é muito mais perigosa. Na maior parte dos casos de SCA, a placa gorda dentro de uma artéria sofreu rutura, com criação de uma superfície irregular que levou à formação de um coágulo de sangue sobre a placa rasgada. Este bloqueio súbito do fluxo sanguíneo resulta numa angina instável ou num enfarte agudo do miocárdio (EAM). Na angina instável, os sintomas de dor no peito são mais pronunciados e menos previsíveis em comparação com a angina estável. A dor no peito ocorre muito mais frequentemente, muitas vezes em repouso, e dura vários minutos a horas. Além disso, as pessoas com angina instável apresentam frequentemente uma sudação profusa em determinadas alturas e desenvolvem dores no maxilar inferior, nos ombros e nos braços (Harvard Medical School, 2011).

Em relação ao EAM a dor torácica ocorre subitamente e de forma contínua apesar do repouso e da medicação. Os doentes podem ficar ansiosos e agitados. Podem apresentar pele fria, pálida e húmida. Várias descrições definem adicionalmente um enfarte do miocárdio:

a localização da lesão na parede ventricular esquerda (na parede anterior, ínfero-posterior ou lateral) ou no ventrículo direito e o momento do processo do enfarte (agudo, em evolução ou antigo). Independentemente da localização o objetivo do tratamento no EAM é evitar ou minimizar a necrose do miocárdio e consequentes complicações (Brunner & Suddarth, 2002).

O diagnóstico de SCA baseia-se no electrocardiograma e em biomarcadores (nomeadamente troponina) que permitem distinguir entre EAM com supradesnivelamento do segmento ST, EAM sem supradesnivelamento do segmento ST e Angina Instável. O prognóstico depende da gravidade da obstrução arterial coronária e da extensão da lesão miocárdica (Brunner & Suddarth, 2002).

Após o evento agudo todo o doente coronário deve iniciar terapêutica médica com fármacos que comprovadamente diminuem a mortalidade (antiagregantes plaquetários, β -bloqueadores, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, estatinas) bem como controlar agressivamente os fatores de risco modificáveis (Macedo, 2010).

O doente que sobrevive a um SCA está em alto risco de sofrer eventos cardiovasculares futuros, quer coronários, cerebrovasculares ou arteriais periféricos. Para reduzir a elevada morbidade e mortalidade associada a estes doentes, o estabelecimento de uma estratégia que inclua adoção de estilos de vida saudáveis e tratamento farmacológico dirigido é amplamente recomendada (Macedo, 2010).

Em relação à atividade física que estes doentes podem realizar vai depender da idade da pessoa, da condição física prévia ao evento cardíaco, da extensão da doença e do desenvolvimento de quaisquer complicações (Brunner & Suddarth, 2002).

1.2- Insuficiência cardíaca

A Insuficiência cardíaca (IC) associa-se a uma morbidade e mortalidade elevadas e é uma das principais causas de hospitalizações recorrentes. Embora a incidência ajustada à idade da maioria das doenças cardiovasculares tenha diminuído nos países ocidentais nos últimos 20 anos, a prevalência da IC crónica tem aumentado. Existe um predomínio masculino e os principais fatores etiológicos são a cardiopatia isquémica, a HTA e as valvulopatias. (Newby & Grubb, 2005).

A IC advém quando o coração é incapaz de bombear sangue num débito suficiente para o resto do corpo e pode dividir-se em IC aguda e IC crónica. A IC aguda diz respeito a um acontecimento de insuficiência inaugural e súbito ou a uma descompensação de IC

crónica. A IC crónica caracteriza-se por sintomas de: dispneia, fadiga e edema dos tornozelos tanto durante o exercício como em repouso e pela resposta ao tratamento (ESC, 2012c).

Na maioria dos casos isto deve-se a uma redução da capacidade do coração bombear sangue de um modo eficaz devido a lesão do miocárdio, como no enfarte agudo do miocárdio. A IC pode também surgir na ausência de lesão cardíaca, mas na presença de necessidades aumentadas, como na sobrecarga de volume associada à insuficiência aórtica ou mitral graves. (Newby & Grubb, 2005).

A dispneia de esforço na IC crónica relaciona-se com o aumento da frequência ventilatória e a alteração dos reflexos ventilatórios. A diminuição do aporte de oxigénio aos tecidos é causada pela diminuição da função cardíaca. A fadiga muscular resulta das alterações metabólicas e estruturais sofridas pelo músculo esquelético perante a IC crónica. Os edemas periféricos resultam da retenção de líquidos e sua consequente acumulação (Newby & Grubb, 2005).

Os fatores de risco, ou seja, os fatores que predis põem o indivíduo à IC, mas não conduzem necessariamente à doença, podem ser classificados como: etiológicos - dos quais fazem parte alterações estruturais congénitas ou adquiridas dos vasos periféricos, circulação coronária, pericárdio, miocárdio, endocárdio ou valvulares. Destacam-se como mais frequentes as alterações da circulação coronária. Dentro deste grupo, o enfarte agudo do miocárdio é responsável por um risco 10 vezes superior de desenvolver IC no ano subsequente à isquemia em relação à população que não sofreu enfarte e 20 vezes superior nos anos seguintes; provavelmente etiológicos – exercem um efeito indireto na deterioração da função ventricular esquerda, o principal é a hipertensão arterial O aumento da pressão arterial sistólica é mais predisponente do que o aumento da diastólica. A hipertrofia ventricular esquerda pode cursar também com IC, sendo o risco relativo 17 vezes superior ao da população normal. Diabetes e febre reumática podem igualmente contribuir para o aparecimento de IC, pela sua correlação com o desenvolvimento de patologia cardíaca, respetivamente coronária e valvular; não etiológicos – fatores de risco apenas indicativos, tais como, idade avançada, sexo masculino, obesidade, cardiomegália, capacidade vital reduzida e fumadores entre outros (Cubero et al, 2004).

A classificação da IC segundo a New York Heart Association (NYHA) (ESC, 2012 c) com base na gravidade dos sintomas e atividade física:

Classe I- Nenhuma limitação: exercícios físicos comuns não causam fadiga, dispneia ou palpitações

Classe II: Limitação ligeira das atividades físicas: assintomático em repouso mas atividades comuns causam fadiga, dispneia ou palpitações

Classe III: Limitação acentuada das atividades físicas: assintomático em repouso mas sintomático para pequenos esforços

Classe IV: Sintomático em repouso com agravamento dos sintomas para o mínimo esforço.

Sendo assim, ao aumento da classe funcional da NYHA corresponde um decréscimo linear da qualidade de vida da pessoa com IC.

As pessoas com IC também apresentam limitações nas suas atividades de vida diárias, no bem-estar e percepção da qualidade de vida. A partir disto, necessitam lidar tanto com o comprometimento físico da doença quanto com os aspetos emocionais, mentais e sociais.

Além dos fatores fisiológicos envolvidos na diminuição da capacidade do indivíduo para realizar atividades físicas diárias, existem os fatores psicológicos como o medo e a ansiedade, relacionados ao estado de saúde alterado, que podem levar a pessoa a momentos de depressão.

1.3- Hipertensão arterial

O diagnóstico e controlo da HTA assumem em Portugal, particular importância, uma vez que a doença cerebrovascular é a primeira causa de incapacidade e morte. O tratamento da HTA visa, a curto prazo, obter a redução e o controlo dos valores tensionais, de modo a evitar, a médio prazo, a progressão da doença e das suas repercussões nos órgãos alvo e a obter, a longo prazo, a diminuição da morbilidade e da mortalidade cardiovascular (DGS, 2006).

A HTA pode ser vista como três entidades: um sinal, um fator de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica e uma doença. É vista como um sinal porque é usada para monitorizar o estado clínico de um doente, como um fator de risco a HTA contribui para a velocidade com que a placa aterosclerótica se acumula dentro das paredes vasculares. Quando considerada uma doença a HTA é um importante contribuinte para a morte por doença cardíaca, renal e periférica (Brunner & Suddarth, 2002).

A HTA possivelmente é o problema de saúde pública mais importante nos países desenvolvidos. É comum, assintomática, imediatamente detetável, em geral de fácil

tratamento e muitas vezes acarreta complicações fatais se não tratada (Fisher & Williams, 2006).

Ainda segundo os mesmos autores, a HTA não tratada está associada a uma redução da esperança de vida em 10 a 20 anos, em geral relacionada com a aceleração do processo aterosclerótico. Mesmo em pessoas que têm a doença sem evidência de lesão em órgão-alvo e que não é tratada durante 7 a 10 anos correm alto risco de complicações significativas. Cerca de 30% apresentarão complicações ateroscleróticas e mais de 50% apresentarão lesão em órgão-alvo (coração, rins, cérebro e olhos) relacionada com a hipertensão em si, como cardiomegália, insuficiência cardíaca congestiva, retinopatia, acidente vascular cerebral e insuficiência renal. Deste modo, mesmo nas formas mais brandas a hipertensão é uma doença progressiva e fatal se não for tratada.

Os dados menos favoráveis em relação ao controlo da HTA num país ou numa região, dependem em geral de três fatores principais: a não ou má aderência do doente ao tratamento; a dose terapêutica insuficiente e no final a doença resistente, em geral pouco significativa. Observando estes fatores e os resultados portugueses, ressalta de imediato que há um trabalho enorme a realizar em termos de melhorar a adesão e a eficácia do tratamento. (Macedo, 2009)

1.4- Fibrilhação auricular

A fibrilhação auricular (FA) provoca uma contratura rápida, desorganizada e descoordenada da musculatura auricular. É a disritmia mais comum que leva as pessoas a procurarem cuidados médicos. Pode ocorrer por um curto período de tempo ou ser crónica. A FA é usualmente associada a idade avançada, cardiopatia valvular, miocardiopatia, hipertiroidismo, doença pulmonar, alcoolismo, mas pode também ocorrer em pessoas sem qualquer fisiopatologia subjacente (Brunner & Suddarth, 2002).

A fibrilhação auricular é a arritmia crónica mais frequente com uma prevalência superior a 6% a partir da sexta década de vida. Na FA há uma perda da função mecânica auricular, o que leva à estagnação do sangue e à formação de coágulos nas aurículas, que podem desprender-se e formar êmbolos nas artérias cerebrais. A FA é responsável por 15% dos AVCs (Carrageta, 2016).

Ainda segundo o mesmo autor, as principais manifestações da doença são as palpitações, a resposta excessiva da frequência ventricular, a falta de ar e intolerância ao

esforço. A FA aumenta em 5 vezes o risco de AVC (o principal problema), em 3 vezes o risco de insuficiência cardíaca, em 2 vezes o risco de demência e duplica o risco de morte.

A FA pode ser classificada como:

1. O primeiro episódio detetado de FA quer seja ou não sintomático reconhecendo a incerteza sobre a duração ou a existência de episódios prévios não detetados. Após a sua deteção pode tornar-se paroxística ou persistente.
2. FA recorrente após dois ou mais episódios e que pode ser dividida em paroxística ou persistente como referido anteriormente. A FA paroxística ocorre se a arritmia termina espontaneamente e tem duração inferior a sete dias (geralmente inferior a 48h). Na FA persistente a arritmia perdura para além de sete dias podendo ser de longa duração (mais de um ano) e tornar-se permanente (a interrupção da arritmia por cardioversão elétrica ou com terapia farmacológica não altera esta designação).
3. FA permanente nos casos em que a arritmia se torna permanente, com diagnóstico há anos e com cardioversão elétrica sem sucesso ou não tentada.

Estas categorias não são mutuamente exclusivas, podendo uma pessoa ter vários episódios de FA paroxística e ocasionalmente FA persistente ou o inverso.

Os objetivos da terapêutica são prevenir o AVC, controlar a frequência cardíaca, restaurar e manter o ritmo sinusal, melhorar os sintomas, prevenir a insuficiência cardíaca e prolongar a esperança de vida (Carrageta, 2016).

Capítulo 2 - Adesão ao regime terapêutico

A adesão é definida, em geral, como a medida em que o comportamento da pessoa é concordante com as recomendações do prestador de cuidados. Naturalmente, abrange comportamentos alargados, relacionados com a saúde, que vão para além de tomar a medicação prescrita, e considera a autogestão da doença e das suas consequências. Sejam quais forem as estimativas de adesão em situações concretas, face a regimes terapêuticos de maior ou menor duração, a questão da adesão é reconhecida como multifatorial e complexa (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

2.1 - Conceitos de adesão e não adesão

A adesão terapêutica é definida como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma de medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004).

A boa adesão terapêutica implica a adoção e manutenção de comportamentos terapêuticos. O cumprimento prolongado da medicação recomendada é difícil e altera a rotina diária, especialmente em patologias crónicas mas sem grande sintomatologia. Esta dificuldade é também exacerbada pela complexidade de alguns regimes terapêuticos (Bugalho & Carneiro, 2004).

Na literatura inglesa, adesão, surge com dois termos distintos, *compliance* e *adherence*, muitas vezes utilizados indiferentemente, no entanto o primeiro tem uma conotação negativa, na medida em que sugere passividade e submissão da pessoa às prescrições, atribuindo todo o poder a quem prescreve enquanto o segundo sugere uma participação mais ativa da pessoa no processo de decisão incorporando os conceitos de concordância, cooperação e parceria entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde.

As expressões cumprimento (*compliance*) e adesão à terapêutica (*adherence*) têm sido utilizadas simultaneamente ao longo do tempo em inúmeros estudos realizados sobre o tema. Neste contexto, os dois termos podem, portanto, ser utilizados como sinónimos, desde que “compreendam a existência de um acordo/aliança entre ambas as partes, respeitando crenças e desejos. Devem simplesmente constatar um facto, e não classificar, de forma

depreciativa, o doente, o profissional de saúde ou o tratamento prescrito” (Bugalho & Carneiro, 2004).

O papel do indivíduo na terapêutica é de extrema importância daí ter surgido um “Modelo do Desenvolvimento de Adesão” que contempla três estádios no processo de participação dos indivíduos nos seus cuidados (Ribeiro, 2007):

Estádio 1 - Concordância (“compliance”), o doente em fase inicial concorda e segue as prescrições médicas.

Estádio 2 - Adesão (“adherence”), o doente continua com a terapêutica que concordou, com vigilância, mesmo quando confrontado com dificuldades

Estádio 3 - Manutenção (“maintenance”), o doente continua a implementar o comportamento de melhoria da saúde, sem vigilância, incorporando-o no seu estilo de vida.

A falta de adesão ocorre quando o comportamento da pessoa não coincide com as recomendações do médico ou de outro profissional de saúde, a definição do conceito não abrange apenas desvios na aplicação do regime terapêutico tal como foi prescrito, mas também o facto de não seguir as indicações relativas a alterações nos hábitos de saúde e estilos de vida no sentido de adotar práticas saudáveis, bem como não comparecer a consultas médicas previamente marcadas ou não realizar exames complementares de diagnóstico (WHO,2003).

Segundo a versão 2 da CIPE (2011) o termo “Adesão” está relacionado com o foco “gestão ao regime medicamentoso”:

A adesão ao regime medicamentoso é uma ação auto iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).

A adesão ao regime terapêutico é o principal determinante da eficácia do tratamento porque a baixa adesão atenua o benefício clínico. Boa adesão melhora a eficácia das intervenções que visam promover estilos de vida saudáveis, tais como a modificação da dieta, aumento da atividade física, abandono do tabaco, entre outras (WHO, 2003).

Além de seu impacto positivo sobre o estado de saúde de pessoas com doenças crônicas, taxas mais elevadas de adesão geram benefícios económicos. Exemplos destes mecanismos incluem poupanças diretas por uma utilização reduzida dos serviços de saúde necessários em casos de exacerbação da doença, crise ou recaída. Poupanças indiretas podem ser atribuídas à valorização e preservação da qualidade de vida e do papel social da pessoa doente.

Há cada vez mais evidências que sugerem que a eficácia das intervenções de adesão pode ter um impacto muito maior na saúde da população que qualquer melhoria em tratamentos médicos específicos.

Apesar da literatura se referir maioritariamente ao incumprimento terapêutico por diminuição do número de doses prescritas, também a excessiva utilização de medicação constitui um comportamento de má adesão, com aumento da possibilidade de toxicidade e de efeitos secundários (Bugalho & Carneiro, 2004).

A maioria dos cuidados necessários para a doença crónica é baseada na autogestão realizada pelo doente, geralmente exigem multiterapias complexas e mudanças no estilo de vida da pessoa.

De acordo com WHO (2003), Alguns dos riscos associados a baixa adesão terapêutica são os seguintes:

- Recaídas mais intensas que podem ser mais graves do que as recidivas que ocorrem enquanto a pessoa cumpre o tratamento como recomendado;
- Baixa adesão pode piorar o curso geral da doença e pode, eventualmente, diminuir a probabilidade de resposta ao tratamento;
- Aumento do risco de dependência, muitos medicamentos podem levar a dependência se tomados de forma inadequada;
- Aumento do risco de abstinência – podem ocorrer efeitos adversos e dano potencial quando um medicamento é abruptamente interrompido;
- Aumento do risco de desenvolvimento de resistência a terapias.
- Aumento do risco de toxicidade que pode ocorrer no caso de sobredosagem de medicamentos.
- Aumento da probabilidade de acidentes. Muitos medicamentos devem ser tomados em conjunto com alterações do estilo de vida.

É lógico que a não adesão implica um custo devido à ocorrência dos efeitos indesejados que o regime terapêutico recomendado tenta minimizar o que leva a um aumento do risco clínico e, por conseguinte, num aumento da morbidade e mortalidade.

Intervenções para a remoção de barreiras à adesão deve tornar-se um componente central dos esforços para melhorar a saúde da população mundial.

A adesão é um fenómeno multidimensional determinada pela interação de cinco conjuntos de fatores, das quais o doente é apenas um determinante. A crença comum de que o doente é o único responsável por este fenómeno é enganosa e na maioria das vezes reflete um mal-entendido de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade das pessoas para aderir ao tratamento (WHO, 2003). São eles:

1- Fatores sociais, económicos e culturais: o analfabetismo, o desemprego, falta de rede de apoio social, as condições habitacionais, o preço dos transportes e dos medicamentos, e a distância dos centros de tratamento, crenças sobre a doença e tratamentos, disfunção familiar...

2- Fatores relacionados com os profissionais de saúde: sistemas de saúde pouco desenvolvidos, com fracos sistemas de distribuição de medicamentos, pouca participação, fraca capacidade de educar os doentes e assegurar o follow-up; os serviços de saúde com horários desadequados às necessidades, com pouca oferta de consultas e outros serviços bem como profissionais de saúde sobrecarregados de trabalho e com poucos conhecimentos...

3- Fatores relacionados à doença de base e co morbilidades: gravidade dos sintomas e a incapacidade que provoca aos vários níveis, progressão e gravidade da doença, o seu impacto na vida da pessoa ou a presença de outras doenças concomitantes como a depressão ou o consumo de drogas ou álcool...

4- Fatores relacionados com a terapêutica prescrita: como a complexidade, a duração do tratamento, a realização de alterações frequentes ao mesmo, a ausência imediata de melhoria dos sintomas, os efeitos secundários da medicação...

5- Fatores individuais relativos aos doentes: os seus conhecimentos, recursos, as suas atitudes, crenças, perceções, motivação, expectativas...

Os doentes necessitam de estar informados, motivados e com apetência para a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais que lhes permitam lidar de forma eficaz com as necessidades geradas pela doença. A intervenção ativa do doente na promoção da

sua saúde é encarada como um ato imprescindível. O apoio dos familiares e da comunidade em que estão inseridos é igualmente fundamental (Bugalho & Carneiro, 2004).

2.2 - Fatores relacionados com a adesão terapêutica

Crenças na saúde

Vários modelos ou teorias explicativas têm procurado oferecer conceptualizações para tentar explicar e prever os comportamentos de saúde.

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) tem sido considerado o principal modelo para explicar e prever a aceitação de recomendações sobre cuidados com a saúde (Janz & Becker, 1984).

O MCS considera que a interação entre diferentes tipos de crenças entre si influencia a adesão, bem como os comportamentos preventivos ou promotores da saúde, as pessoas com maior probabilidade de aderir são as que se percebem a si próprias como sendo suscetíveis a uma determinada patologia e acreditam que esta tem potenciais consequências graves para a saúde ou funcionamento diário. O indivíduo avalia os benefícios em relação à probabilidade de prevenção da doença, cura, controlo, ou alívio dos sintomas.

O potencial para a ação é resultado dos níveis combinados de suscetibilidade e de severidade percebidas na doença, enquanto a modalidade de ação é escolhida em função da percepção dos benefícios menos as barreiras percebidas nas alternativas comportamentais. Além destas dimensões, fazem parte do MCS alguns estímulos que provocam o processo de tomada de decisão, que podem ter origem “interna” (por exemplo, um sintoma) ou “externa” (influência da família, dos amigos, dos meios de comunicação, etc.). O modelo inclui, ainda, fatores biográficos, psicossociais e estruturais que podem afetar a percepção individual influenciando indiretamente a ação final (Janz & Becker, 1984).

Os comportamentos em saúde vão sendo atualizados em função das experiências anteriores de doença, de influências do meio sociocultural, nomeadamente dos media, informações trocadas com elementos da rede de apoio social ou mesmo com os profissionais de saúde (Figueiras, 2007).

Segundo a mesma autora, esta interação de fatores pode promover a construção de percepções subjetivas sobre diferentes aspetos relacionados com as doenças e o tipo de medicamentos disponíveis. As preocupações com a medicação podem traduzir uma reação

emocional de medo e ansiedade diminuindo assim a adesão ou influenciando a escolha de um certo medicamento.

A percepção dos sintomas pode incentivar o uso dos medicamentos, reforçando a crença na necessidade. Contrariamente a ausência de sintomas graves pode dar origem a dúvidas sobre a necessidade de tratamento. Os sintomas podem aumentar o nível de preocupação sobre o tratamento, se estes forem interpretados como efeitos secundários (Figueiras, 2007).

Família

A unidade básica familiar é composta por indivíduos em constante interação entre si e com o ambiente, incluindo outras pessoas. Sob o ponto de vista da Enfermagem o principal objetivo da família é obter, manter e restabelecer a saúde dos seus membros, o que faz através da adaptação às influências do ambiente que afetam tanto a saúde como a doença (Sorensen & Luckmann, 1998).

Quando a família tem um membro a sofrer de uma doença todos os seus membros sofrem ansiedade e stresse. O stresse e ansiedade relacionado com as doenças aumenta no caso de internamento do indivíduo doente. Os membros da família preocupam-se com a gravidade da doença, com o sofrimento e a possível morte. Em relação a famílias com doentes que sofrem de doenças crónicas, sentem ansiedade relacionada com o diagnóstico, as necessidades de tratamento especiais e de acompanhamento a longo prazo (Sorensen & Luckmann, 1998).

No caso das doenças crónicas a unidade familiar muitas vezes sofre rutura do estilo de vida, da privacidade e dos rendimentos. A doença pode exigir alterações de funções, de forma a ser mantida a unidade familiar se o membro doente não for capaz de desempenhar as atividades habituais incluídas no seu papel (Sorensen & Luckmann, 1998).

Há uma considerável diversidade entre as famílias com a mesma doença crónica, na forma como interagem, se relacionam, desenvolvem estratégias de superação de obstáculos, e respondem ao doente crónico. E por outro lado, nem todos os indivíduos com a mesma doença crónica respondem ou têm a mesma forma de compreender e lidar com a doença (Mendes, 2004).

Muitas vezes é o próprio doente que recusa a ajuda familiar e considera (por se sentir melhor) que já não necessita de tantos cuidados. Estas situações podem desenvolver na

família sentimentos de inadequação e culpa face ao acompanhamento do doente (Mendes, 2004).

A saúde, ao nível da família não é redutível a um trabalho técnico, é um trabalho de amor, de solidariedade e de criação das relações humanas.

O comportamento do agregado familiar pode afetar a saúde de cada um dos seus membros, bem como a doença de um elemento pode ter consequências no resto da família (Sorensen & Luckmann, 1998).

Contexto social

Desde a década de 70 que foi surgindo um crescente interesse em relação ao suporte social e a sua relação com a presença ou ausência de diversas doenças, bem como com as previsões de prognóstico e restabelecimentos das pessoas (Matsukura et al, 2002).

Alguns pesquisadores notaram que pessoas com patologias diversas relatavam com frequência a ausência de uma rede social ou terem experimentado perdas importantes de laços sociais o que sugere a importância da existência de suporte social para o doente.

Com crescente interesse pela investigação deste tema, diversos estudos já apontam uma relação entre o suporte social e os níveis de saúde, ou seja, a presença do suporte social a funcionar como agente protetor em relação ao risco de doenças induzidas por stresse (Matsukura et al, 2002).

O suporte social pode ser entendido como um processo de interação entre pessoas ou grupos que através do contato sistemático estabelecem vínculos podendo ser de amizade ou de informação (Pietrukowicz, 2001).

Essa interação pode proporcionar apoio material, emocional, afetivo, contribuindo para o bem-estar, deste modo o suporte social assume um papel preventivo e de manutenção da saúde.

De modo geral, as pesquisas demonstram que quando o apoio social diminui, há um comprometimento do sistema de defesa do corpo do doente, que o faz muitas vezes regredir no processo de cura, ou recuperação da doença.

Existe um conjunto de teorias que sustentam a ideia de que o apoio social traz consequências físicas, influenciando o comportamento das pessoas, ou seja, o apoio social ajuda as pessoas a evitarem maus hábitos que podem comprometer os sistemas imunológico, nervoso e cardiovascular, dificultando o domínio do sofrimento físico pelo organismo. Isso

ocorre na medida em que a partir da convivência em grupo, as pessoas tendem a adquirir bons hábitos cotidianos, tais como parar de fumar, alimentar-se melhor e abandonar vícios graves (Pietrukowicz, 2001).

O suporte social pode ser entendido como o apoio emocional ou prático fornecido pela família e/ou amigos, na forma de afeto, companhia, assistência e informação, incluindo tudo que gera no indivíduo a sensação de ser amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro. O apoio social por sua vez é apresentado por Pietrukowicz (2001) como qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e pessoas que já se conhecem, e resultam em melhorias no campo da saúde

O suporte social e a ausência de discriminação relativamente à doença e tratamento constituem fatores de grande importância, que afetam os comportamentos de adesão terapêutica e, conseqüentemente, os resultados de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004).

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

A adesão ao regime terapêutico no âmbito das doenças crónicas é um fator determinante para reduzir a morbilidade e mortalidade, bem como aumentar a qualidade de vida. A não adesão ao regime terapêutico é um problema mundial de grande magnitude. A mortalidade e morbilidade que lhe estão associadas atingem valores desproporcionalmente elevados, com graves repercussões na saúde das pessoas e elevados custos económicos.

Pela sua especificidade o doente de cardiologia geralmente necessita de regimes medicamentosos longos, assim como mudança de estilos de vida, tal como alterar o regime alimentar, deixar de fumar e praticar exercício físico regular e seguimento nas consultas de *follow-up*. Deste modo é de extrema importância o apoio da família, principalmente de quem é mais próximo.

Neste estudo pretendemos para além de investigar o nível de adesão terapêutico do doente com patologia cardíaca, pesquisar também a perceção dos familiares em torno desta problemática. Para tal, delineamos uma estratégia da qual surgiu a combinação de dois estudos com uma abordagem multimétodo, isto é, um survey do tipo descritivo correlacional designado por estudo 1, que permitirá pesquisar o nível de adesão terapêutico e outro de natureza qualitativa apelidado de estudo 2 de características fenomenológicas que permitirá compreender as perceções dos familiares em torno desta problemática. O intuito desta abordagem é produzir um retrato do fenómeno estudado que seja mais completo do que o alcançado por um único método.

Optamos por descrever a metodologia utilizada separadamente em cada estudo.

ESTUDO 1

Capítulo 1 - Metodologia

Neste capítulo pretendemos definir a investigação - estudo 1, descrevendo as questões, os objetivos, o tipo e desenho de investigação, definição dos participantes, caracterização da amostra, descrição dos instrumentos, procedimentos de recolha de dados, procedimentos éticos, por fim especificar os testes estatísticos de análise dos dados.

O paradigma da adesão ao tratamento tem sido nas últimas décadas de importância vital, para o controlo das doenças crónicas. Vários estudos foram realizados sobre esta temática e chegaram a resultados preocupantes no que diz respeito a taxas de não adesão dos doentes ao tratamento e às consequentes repercussões no progresso da doença, nos insucessos das práticas profissionais e nos gastos elevados em saúde (DGS, 2006; Santos, 2010). Na pessoa com patologia cardíaca a questão da adesão é particularmente importante uma vez que a não adesão tem repercussão tanto no controle de sintomas quanto na manutenção da capacidade funcional, com implicações importantes na sua qualidade de vida.

Face ao exposto, formulamos as seguintes questões de investigação:

- Qual a prevalência da adesão ao regime terapêutico do doente com patologia cardíaca?
- Quais os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico do doente com patologia cardíaca?
- Qual a influência do apoio social na adesão à terapêutica?

Para dar resposta às questões formuladas delineamos os seguintes objetivos:

- Determinar a prevalência da adesão ao regime terapêutico do doente com patologia cardíaca;
- Identificar os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico do doente com patologia cardíaca;
- Analisar a influência do apoio social na adesão à terapêutica.

O presente estudo é um survey, descritivo correlacional, O estudo quantitativo utiliza-se quando se pretende explicar um fenómeno pela análise de dados numéricos. A investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes e determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população (Fortin, 2009).

É um estudo transversal, já que os dados se reportam a um momento específico no tempo. É também correlacional e analítico uma vez que assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha para as influenciar (Fortin, 2009).

Apresentamos na Figura 1 um esquema que expõe a articulação entre as variáveis que pretendemos estudar.

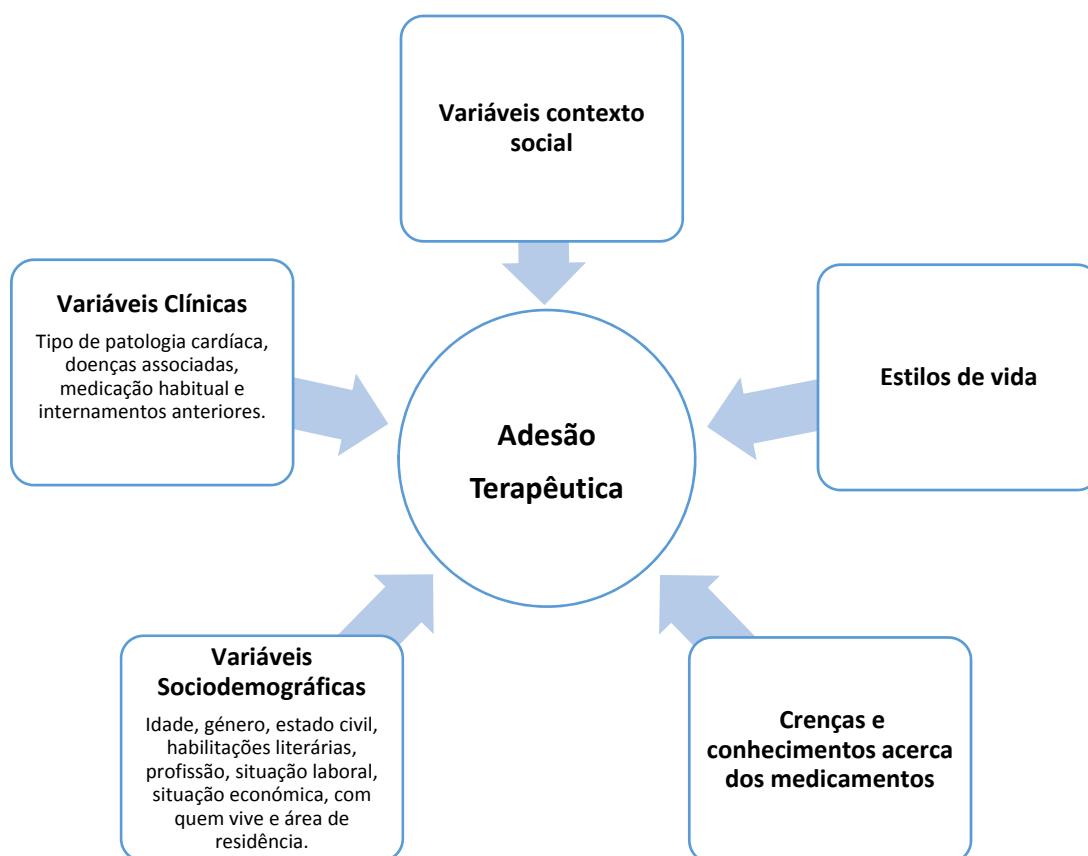


Figura 1 - Desenho de investigação

A amostragem corresponde ao método pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada. Por sua vez a população define-se como um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um agrupado de critérios. (Fortin, 2003).

Participantes

Para este estudo a amostra selecionada abrange pessoas com patologia cardíaca que tiveram pelo menos um internamento no serviço de cardiologia num hospital da zona centro do país e que mantêm seguimento na consulta externa do mesmo hospital no ano 2016. Trata-se desta forma de uma amostra não probabilística intencional por conveniência.

Caraterização sociodemográfica

Na tabela 1, apresentamos a caracterização sociodemográfica dos participantes em função do género. A amostra é constituída por 110 participantes, 54,5% (n= 60) do género masculino e 45,5% (n= 50) do género feminino.

Idade

A média de idade é de $66,65 \pm 14,56$ anos, com intervalo etário entre os 19 e os 92 anos. As mulheres registaram idades superiores às dos homens $67,28 \pm 17,25$ vs $66,12 \pm 12,24$. Dada a elevada amplitude de variação, procedemos ao agrupamento em duas classes etárias, a primeira engloba os de idade inferior a 65 anos e a segunda idade igual ou superior a 65 anos. Verificámos que 40% dos participantes apresentavam idade <65 anos e 60% \geq 65 anos.

Estado civil

Em relação à variável “estado civil”, procedemos à sua recodificação constituindo-se dois grupos os que vivem com companheiro que engloba os participantes casados ou em união de facto e o grupo “sem companheiro” onde constam os solteiros, viúvos, divorciados. Constatámos que a maioria dos participantes 69,1% vivem com companheiro enquanto 30,9% vivem sem companheiro. Neste seguimento, em relação à questão “com quem vive”

constituímos também dois grupos, “sozinho” e “acompanhado”. Aferimos que a maioria dos participantes vive acompanhado 82,7% sendo que 17,3% vivem sozinhos.

Habilitações literárias

A variável “habilitações literárias” foi reagrupada em dois grupos, o primeiro “até ao ensino básico” e o “segundo ensino secundário e superior”. Identificámos o predomínio de participantes 78,2% no primeiro grupo, ou seja, com escolaridade até ao ensino básico sendo os homens mais representativos (43,6% vs 34,6%).

Situação laboral

A variável “situação laboral” foi reagrupada em “ativo” e “não ativo”. O primeiro grupo refere-se a trabalhadores por conta própria, trabalhador por conta de outrem e que atualmente se encontram com baixa médica. O segundo grupo refere-se a desempregado, estudante, doméstica e reformado.

A amostra é maioritariamente constituída por pessoas profissionalmente não ativas 75,5%, (distribuídas por 40,9% do género masculino e 34,6% do género feminino) sendo que apenas 24,5% são ativas profissionalmente.

Atividade profissional

A variável “atividade profissional” foi reagrupada em 4 grupos: profissões intelectuais, profissões técnicas, sem profissão qualificada e ainda um grupo que omitiu informação. Verificamos o predomínio de pessoas sem profissão qualificada 60% (distribuídos por 31,8% do género masculino e 28,2% do género feminino) e o menos frequente 7,3% com profissões intelectuais. Apenas 4,5% não responderam a esta questão.

Rendimento Mensal

Sendo difícil quantificar em números o rendimento mensal, utilizámos níveis de mensuração que permitissem aos participantes responder em qual patamar se encontra o valor que auferem.

A variável “Rendimento mensal” foi reagrupado em 3 grupos: até 490 €, de 490 a 980€ e mais de 980€. Assim, apuramos que 65,5% destes participantes auferem um rendimento mensal inferior a 490€ e apenas 11,8% mais de 980€.

Quando inquiridos se possuem condições económicas necessárias para a medicação e consultas médicas 39,1% refere que sim enquanto 60,9% refere que não.

Residência

Quanto à residência, a maioria dos participantes vivia em área rural 64,5% e 35,5% vive em área urbana.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

	Masculino (n = 60)		Feminino (n = 50)		Total (n=110)	
	n	%	n	%	n	%
Grupo etário						
< 65 anos	25	22,7	19	17,3	44	40
≥ 65 anos	35	31,8	31	28,2	66	60
Estado civil						
Com companheiro	47	42,7	29	26,4	76	69,1
Sem companheiro	13	11,8	21	19,1	34	30,9
Com quem vive						
Acompanhado	49	44,5	42	38,2	91	82,7
Sozinho	11	10,0	8	7,3	19	17,3
Habilitações literárias						
Até ao ensino básico	48	43,6	38	34,6	86	78,2
Ensino secundário e superior	12	10,9	12	10,9	24	21,8
Situação laboral						
Ativo	15	13,6	12	10,9	27	24,5
Não ativo	45	40,9	38	34,6	83	75,5
Atividade profissional						
Profissões intelectuais	3	2,8	5	4,5	8	7,3
Profissões técnicas	22	20,0	9	8,2	31	28,2
Sem profissão qualificada	35	31,8	31	28,2	66	60,0
Não respondeu	0	0,0	5	4,5	5	4,5
Rendimento mensal						
Até 490€	34	30,9	38	34,6	72	65,5
490 a 980€	18	16,4	7	6,4	30	27,3
Mais de 980	8	7,3	5	4,5	13	11,8

	Masculino (n = 60)		Feminino (n = 50)		Total (n=110)	
	n	%	n	%	n	%
Condições económicas						
Sim	23	20,9	20	18,2	43	39,1
Não	37	33,6	30	27,3	67	60,9
Residência						
Área rural	40	36,4	31	28,1	71	64,5
Área urbana	20	18,2	19	17,3	39	35,5

1.5- Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de informação utilizado foi o questionário, constituído por um conjunto de questões relativas às variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais. Inclui também a “Escala de crenças acerca dos medicamentos” versão portuguesa de Pereira e Silva, 1998 (Beliefs about Medicines Questionnaire de Horne, Weinman & Hankins, 1997) que avalia as crenças dos doentes acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita, a escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e a escala de apoio social de Duke-Unc. (anexo 3). O questionário é constituído por três partes:

- Parte I – Caracterização sociodemográfica, composta por 9 questões que permitem colher informação tais como idade, género, estado civil, habilitações literárias, atividade profissional e situação económica do agregado;

- Parte II – Caracterização clínica, constituída por 4 questões e tem como finalidade recolher informação relativa ao tipo de patologia, doenças associadas, medicação prescrita e nº de internamentos prévios.

- Parte III – Variáveis relacionadas com a adesão aos tratamentos. Esta parte é constituída por quatro pontos, a escala MAT constituída por 7 questões, conhecimento e perceção sobre a medicação e estilos de vida saudável, constituída por 11 questões, a escala de crenças acerca dos medicamentos, composta por 10 questões e por fim, escala de apoio social, constituída por 11 questões.

Foram avaliadas as propriedades psicométricas das diferentes escalas através da consistência interna ou homogeneidade dos itens obedecendo à seguinte sequência:

- Determinação do poder discriminativo que é obtido através do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global, procurando determinar o grau com que o item diferencia no mesmo sentido do teste global,

dado que um item é tanto mais discriminativo quanto maior discrepância proporcionar entre dois grupos (valores mais altos e mais baixos da escala).

- Determinação do coeficiente alfa de Cronbach, que é uma das medidas mais usadas para a verificação da consistência interna de um grupo de itens, podendo definir-se com uma correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens que meçam a mesma característica (Pestana & Gageiro, 2005).
- Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos isto é, procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. O teste é tratado matematicamente como se de dois testes se tratasse (duas médias e dois desvios padrão) e o coeficiente de correlação de Pearson deriva do facto de possuímos dois meios testes mais curtos que o original. A fidelidade do teste é sensível ao número e questões.

Teoricamente os valores de fidelidade podem tomar qualquer valor situado entre 0 e 1. Embora não haja regras muito rígidas, o ideal será que o coeficiente seja o mais elevado possível. A partir de 0.8 a consistência interna é considerada de muito boa, mas são aceitáveis valores de 0,60 no âmbito da investigação em ciências sociais e quando as escalas têm um número de itens muito baixo. Pestana & Gageiro (2005) aponta como valores de referência: > 0,9 muito boa; 0,8 – 0,9 boa; 0,7 – 0,8 média; 0,6 – 0,7 razoável; 0,5 – 0,6 Má; <0,5 inaceitável.

Para o estudo da consistência interna, dos instrumentos utilizados, mantivemos a estrutura fatorial dos autores que as validaram.

1.5.1 - Escala de Medida de Adesão ao Tratamento

A “Escala de Medida de Adesão ao Tratamento” (MAT), é um instrumento validado por Delgado e Lima (2001) que pretende avaliar em que medida o doente segue as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos que se manifestam pelo cumprimento do regime terapêutico.

Comporta 7 itens, em que os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky et al. (1986), o item 7 de Shea et al. (1992) e o item 6 de Ramalhinho (1994). Utiliza como resposta uma escala de Likert que pode converter-se em padrão dicotómico.

A conversão é efetuada de acordo com o seguinte critério: nunca (6) e raramente (5), da escala de Likert passou a não (1) da escala dicotômica, e por vezes (4), com frequência (3), quase sempre (2) e sempre (1), da escala de Likert passou a sim (0), da escala dicotômica. No caso da medida psicométrica de adesão aos tratamentos, seja qual for a forma de resposta, a classificação dos sujeitos como aderentes ou como não aderentes foi feita segundo valores próximos da mediana (Delgado & Lima, 2001).

Os dados recolhidos pelos autores, Delgado & Lima (2001), demonstraram boa consistência sendo o valor de alfa de Cronbach de 0,74. Os resultados das amplitudes das correlações item-teste revelaram que cada um dos sete itens, da medida de adesão, contribui significativamente para a consistência da mesma e a exclusão de qualquer um dos itens não melhorava a consistência interna da medida de adesão.

No nosso estudo apresentamos na tabela 2 os resultados da consistência interna da MAT. Constatamos que a variabilidade média dos itens da escala oscilam entre $4,89 \pm 1,035$ e $5,68 \pm 0,729$ no item 2 e 5 respetivamente.

O coeficiente alfa de Cronbach evidenciou níveis adequados de consistência interna com um alfa de cronbach global de 0,728, com valores de alfa por item a oscilar entre os 0,691 e 0,720, considerados adequados. Por sua vez os valores de correlação item total corrigido apresentam valores acima e 0,20. Esta escala garante assim, uma das propriedades psicométricas exigíveis, concretamente a fidelidade dos seus resultados.

Tabela 2 - Consistência interna da MAT

nº	Itens	Média	DP	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	α de Cronbach se o item for eliminado
1	Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença?	4,92	0,940	0,436	0,318	0,697
2	Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da sua medicação?	4,89	1,035	0,355	0,228	0,720
3	Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por se ter sentido melhor?	5,23	0,974	0,476	0,439	0,687
4	Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença, por sua iniciativa, após ter sentido pior?	5,31	0,896	0,463	0,397	0,691
5	Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos, para a sua doença, por sua iniciativa, após ter sentido pior?	5,68	0,729	0,409	0,222	0,705
6	Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	5,17	1,003	0,406	0,253	0,706
7	Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	5,55	0,773	0,582	0,424	0,668
Alfa de Cronbach		0,728				
Coeficiente split-half		Primeira metade=0,601		Segunda metade=0,587		

1.5.2 - Escala de crenças acerca dos medicamentos

A Escala de crenças acerca dos medicamentos, versão portuguesa de Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ) de Horne, Weinman e Hankins (1997), traduzida por Pereira e Silva (1998) consta de duas secções designadas por BMQ - Geral e BMQ - Específica que avaliam as crenças acerca da utilização de fármacos em geral, ou em indivíduos com alguma doença específica, no sentido de avaliar as suas crenças relativas aos fármacos, de uso pessoal, prescritos para o seu problema de saúde específico.

Neste estudo, foi utilizada a secção BMQ-Específica, ou seja, escala de crenças específicas sobre a medicação que é composta por dois fatores com 5 itens cada um, que avaliam as crenças dos doentes acerca da necessidade da medicação que lhes foi prescrita (itens 1, 3, 4, 7 e 10) e das preocupações específicas relacionadas com os perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo (itens 2, 5, 6, 8 e 9). Os itens são cotados numa escala de tipo Likert de 5 pontos (1= Discordo totalmente; 2= Discordo; 3= Não tenho a certeza; 4= Concordo; 5= Concordo totalmente).

A cotação total da escala (necessidades específicas e preocupações específicas) varia de 5 a 25, quanto mais elevada a cotação obtida, mais forte é a crença do paciente acerca da necessidade dos fármacos prescritos e mais forte é a crença dos pacientes acerca do potencial nocivo dos fármacos.

Avaliação das propriedades métricas na amostra

Para o estudo da consistência interna nas respostas a cada um dos itens do QCF-Específica, foi usado o coeficiente alfa de Cronbach global (tabela 3), que evidenciou um nível de consistência interna $\alpha = 0,671$, valor ligeiramente inferior ao da escala original ($\alpha = 0,741$).

A correlação mais baixa obtida foi no item 6 com $r = 0,219$ e a mais alta foi no item 4 com $r = 0,758$, explicando, respetivamente, 16,8% e 62,4% das respostas.

Os índices médios oscilaram entre 2.24 no item 8 “Os meus medicamentos desorganizam a minha vida” e 4.38 no item 10 “Os meus medicamentos impedem que eu fique pior”.

Tabela 3 - Consistência interna do QCF-Específica

nº	Itens	\bar{X}	DP	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	α de Cronbach se o item for eliminado
1	Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	4,07	0,97	0,593	0,359	0,835
2	Ter que tomar medicamentos preocupa-me	3,00	1,24	0,702	0,515	0,488
3	A minha vida seria impossível sem medicamentos	3,87	1,13	0,718	0,591	0,804
4	Sem medicamentos eu estaria muito doente	4,10	0,93	0,758	0,624	0,790
5	Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	3,14	1,25	0,479	0,472	0,608
6	Os meus medicamentos são um mistério para mim	2,77	1,06	0,219	0,168	0,714
7	A minha saúde no futuro ira depender de medicamentos	4,31	0,82	0,628	0,414	0,826
8	Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	2,24	0,89	0,245	0,139	0,697
9	Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos medicamentos	3,02	1,14	0,547	0,398	0,577
10	Os meus medicamentos impedem que eu fique pior	4,38	0,75	0,634	0,427	0,826
	Alfa de Cronbach	0,671				

Efetuamos análise fatorial exploratória e nesta escala o valor do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO= 0,721) é sugestivo de uma razoável correlação entre as variáveis e o teste de esfericidade de Bartlett é significativo ($X^2= 405,26$; $gl= 45$; $p < 0,001$), pelo que permite a prossecução da análise fatorial.

Numa primeira análise exploratória, a extração dos fatores pelo método de rotação ortogonal do tipo varimax, valores próprios superiores “eigenvalues” a 1 retenção dos itens com saturações superiores a 0,30. Este valor foi adotado depois de experimentado com 0,40, e nesse caso os itens 6 e 8 seriam eliminados. Encontramos dois fatores que em conjunto explicavam 55,00% da variância total (eigenvalues de 2,281 e 3,219, o primeiro fator explica 32,19% e segundo explica 22,81%). O fator 1 é constituído pelos itens 1,3,4,7e 10 e foi designado por necessidades específicas e o fator 2 constituído pelos itens 2,5,6,8 e 9 e foi chamado preocupações específicas, o que vem de encontro ao estudo realizado pelo autor da escala.

Na tabela 4, verificamos que as comunalidades (h^2) são aproximadas ou superiores a 0,5, exceto nos itens 8 e 6, o que indica a proporção de variância que um item compartilha com todo os restantes itens, isto é, em que medida cada item se relaciona com os fatores. Os itens acima referidos, numa análise mais conservadora, deveriam ser retirados, mas decidimos pela sua manutenção por forma a manter a estrutura fatorial original.

Tabela 4 - Análise fatorial em componentes principais

nº	Itens	Fator 1	Fator 2	h ²
4	Sem medicamentos eu estaria muito doente	0,857		0,734
3	A minha vida seria impossível sem medicamentos	0,835		0,698
7	A minha saúde no futuro ira depender de medicamentos	0,773		0,607
10	Os meus medicamentos impedem que eu fique pior	0,757		0,591
1	Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	0,732		0,549
2	Ter que tomar medicamentos preocupa-me		0,884	0,781
9	Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos medicamentos		0,771	0,596
5	Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo		0,762	0,581
8	Os meus medicamentos desorganizam a minha vida		0,397	0,172
6	Os meus medicamentos são um mistério para mim		0,378	0,191

Apresentamos na tabela 5 os parâmetros de validade e de precisão das subescalas. Observámos que o item que mais se correlaciona com os restantes, para a dimensão “necessidade específica” da medicação, é o item 4 ($r=0,758$), com cerca de 62,4% da variabilidade deste item a ser traduzido pelos restantes, o que comprova a boa correlação e importância dos seus resultados. Para a dimensão “preocupações específicas” o item que mais se correlaciona com os restantes é o item 2 ($r=0,702$), explicando 51,5% da sua variabilidade. O item 6 da dimensão “preocupações específicas”, é aquela que apresenta a correlação mais baixa, explicando 16,8% da sua variabilidade.

Na dimensão “necessidades específicas” obtivemos uma consistência boa com alfa de Cronbach de 0,848, enquanto na dimensão “preocupações específicas” obtivemos um valor de alfa Cronbach de 0,680.

Tabela 5 - Consistência interna e correlação por item das “sub-escalas”

nº	Itens	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	α de Cronbach se o item for eliminado
Necessidade específica				
1	Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	0,593	0,359	0,835
3	A minha vida seria impossível sem medicamentos	0,718	0,591	0,804
4	Sem medicamentos eu estaria muito doente	0,758	0,624	0,790
7	A minha saúde no futuro ira depender de medicamentos	0,628	0,414	0,826
10	Os meus medicamentos impedem que eu fique pior	0,634	0,427	0,826
	Alfa de Cronbach	0,848		
Preocupações específicas				
2	Ter que tomar medicamentos preocupa-me	0,702	0,515	0,488
5	Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	0,479	0,472	0,608
6	Os meus medicamentos são um mistério para mim	0,219	0,168	0,714
8	Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	0,245	0,139	0,697
9	Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos medicamentos	0,547	0,398	0,577
	Alfa de Cronbach	0,680		

De seguida realizamos uma matriz de correlação de Pearson entre os itens e o índice global da dimensão “necessidade específica” (tabela 6), verificamos que as correlações entre os diferentes itens são positivas, oscilando entre uma associação do índice mais baixo (0,442), entre o item 1 com o item 7 e o índice mais elevado (0,744), entre o item 3 com o item 4.

No que se refere às correlações existentes entre os cinco itens e o valor global da dimensão “necessidade específica”, são positivas e significativamente correlacionadas, oscilando entre 0,749 do item 10 e 0,855 do item 4.

Tabela 6 - Matriz de correlação entre os itens e a dimensão necessidade específica

Item	1	3	4	7	10
3	0,523*				
4	0,499*	0,744*			
7	0,442*	0,515*	0,561*		
10	0,487*	0,486*	0,561*	0,549*	
Necessidades específicas	0,750*	0,850*	0,855*	0,754*	0,749*

*p< 0,01

Efetuamos a mesma matriz para a dimensão “preocupações específicas” (tabela 7). Verificamos que as correlações entre os diferentes itens são positivas, exceção entre o item 5 e 6 (-0,025). Para este caso, uma vez que o valor é muito próximo de zero podemos afirmar que os itens são independentes. Os valores positivos oscilam de uma associação baixa (0,077), entre o item 8 com o 9 e o índice mais elevado (0,596), entre o item 5 com o 6.

Quanto à correlação entre os itens e o valor da dimensão “preocupações específicas” são positivas e significativamente correlacionadas e oscilam entre 0,463 do item 8 e 0,851 do item 2.

Tabela 7 - Matriz de correlação entre os itens e a dimensão preocupações específicas

Item	2	5	6	8	9
5	0,596*				
6	0,271*	-0,025*			
8	0,300*	0,078*	0,262*		
9	0,550*	0,557*	0,170*	0,077*	
Preocupações específicas	0,851*	0,717*	0,482*	0,463*	0,744*

* p< 0,01

1.5.3 - Escala de apoio social DUKE-UNC

Escala de apoio social de DUKE-UNC foi elaborado por Broadhead (1988) e pretende avaliar em que medida as necessidades sociais básicas das pessoas são atendidas por meio da interação com os outros, a compreensão, afeto, pertença, identidade, segurança e aprovação.

Quando este instrumento foi elaborado englobava 14 itens que pretendiam medir quatro áreas distintas: quantidade de apoio, apoio confidencial, apoio afetivo e apoio instrumental. O autor excluiu seis itens, três deles por apresentarem coeficientes muito baixos de validade e outros três (os três primeiros da versão que apresentamos) por serem itens únicos e não se poderem incluir nas principais dimensões da escala.

O autor desaconselha a utilização da versão de 11 itens, mas curiosamente duas validações espanholas têm optado por essa mesma versão de 11 itens, tendo sido também a que utilizamos. Cada item admite 5 possibilidades de resposta numa escala tipo likert de 1 a 5 sendo 1 “muito menos do que desejo” e 5 “tanto como desejo”. A análise fatorial original demonstrou a existência de duas dimensões: apoio confidencial constituída pelos itens 1, 4, 6, 7, 8 e 10 e apoio afetivo com os itens 2, 3, 5, 9 e 11.

A pontuação obtida é um reflexo do apoio percebido e não do apoio real. Quanto menor for a pontuação, menor o apoio.

As duas áreas examinadas por esta escala fazem referência a apoio confidencial que engloba: disposição de informação, conselho ou pessoas com quem partilhar problemas e apoio afetivo que engloba: amor, carinho, estima, empatia e pertença.

No processo de validação da escala a fiabilidade teste-reteste foi de 0,66 e a relação de cada item com a pontuação total do questionário também demonstrou ser adequada.

Avaliação das propriedades psicométricas na amostra

Procedemos à avaliação da consistência interna da escala de apoio social de DUKE-UNC. Foram estudadas inicialmente as estatísticas (médias e desvios padrão), assim como as correlações entre cada item e o valor global, que nos permitem observar como o item individual se relaciona com o valor global.

Foi usado o coeficiente alfa de Cronbach global (tabela 8), que evidenciou um bom nível de consistência interna (alfa Cronbach=0,925) e com um valor de alfa congruente tanto para a primeira (alfa Cronbach =0,861) como para a segunda metade (alfa Cronbach =0,885).

O item que mais se correlaciona com os restantes é o item 6 ($r=0,829$), explicando 91,1% da sua variabilidade. O item 9 é aquele que apresenta a correlação mais baixa ($r=0,509$), explicando 46,2% da sua variabilidade.

Tabela 8 - Consistência interna da escala Duke-unc

nº	Itens	Média	DP	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	α de Cronbach se o item for eliminado
1	Recebo visitas dos meus amigos e familiares	3,25	1,309	0,558	0,472	0,925
2	Recebo ajuda em assuntos relacionados com a minha casa	3,22	1,244	0,517	0,450	0,926
3	Recebo elogios e reconhecimento quando faço algo bem	3,27	1,133	0,631	0,447	0,921
4	Tenho pessoas que se preocupam com o que se passa comigo	4,03	1,192	0,793	0,778	0,913
5	Recebo amor e afeto	3,73	1,226	0,725	0,702	0,916
6	Tenho possibilidade de falar com alguém dos meus problemas no trabalho ou em casa	3,48	1,187	0,829	0,911	0,911
7	Tenho possibilidade de falar com alguém dos meus problemas pessoais e familiares	3,51	1,155	0,818	0,906	0,912
8	Tenho possibilidade de falar com alguém dos meus problemas económicos	3,38	1,141	0,768	0,827	0,914
9	Recebo convites para sair com outras pessoas	2,93	1,232	0,509	0,462	0,927
10	Recebo conselhos úteis quando tenho algum acontecimento importante na minha vida	3,71	1,017	0,764	0,667	0,915
11	Recebo ajuda quando estou doente na cama	3,90	1,204	0,808	0,780	0,912
Alfa de Cronbach		0,925				
Coeficiente split-half		Primeira metade=0,861		Segunda metade=0,885		

Foi efetuada a análise fatorial exploratória mas dado que a estrutura encontrada não é consistente com a do autor, adotamos a do autor original, pelo que consideramos que o apoio confidencial incluía 6 itens (1, 4, 6, 7, 8 e 10) e o apoio afetivo incluía 5 itens (2, 3, 5, 9 e 11). De seguida apresentamos a análise das “subescalas” (tabela 9).

Tabela 9 - Consistência interna e correlação por item das duas subescalas da escala Duke-unc

nº	Itens	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	α de Cronbach se o item for eliminado
Apoio confidencial				
1	Recebo visitas dos meus amigos e familiares	0,479	0,277	0,928
4	Tenho pessoas que se preocupam com o que se passa comigo	0,719	0,606	0,889
6	Tenho possibilidade de falar com alguém dos meus problemas no trabalho ou em casa	0,864	0,899	0,866
7	Tenho possibilidade de falar com alguém dos meus problemas pessoais e familiares	0,866	0,904	0,866
8	Tenho possibilidade de falar com alguém dos meus problemas económicos	0,816	0,815	0,874
10	Recebo conselhos úteis quando tenho algum acontecimento importante na minha vida	0,726	0,602	0,889
Alfa de Cronbach		0,903		
Coeficiente split-half		1ª metade= 0,751 2ª metade = 0,887		
Apoio afetivo				
2	Recebo ajuda em assuntos relacionados com a minha casa	0,475	0,299	0,786
3	Recebo elogios e reconhecimento quando faço algo bem	0,628	0,403	0,738
5	Recebo amor e afecto	0,663	0,587	0,725
9	Recebo convites para sair com outras pessoas	0,378	0,294	0,815
11	Recebo ajuda quando estou doente na cama	0,754	0,642	0,694
Alfa de Cronbach		0,793		
Coeficiente split-half		1ª metade= 0,737 2ª metade = 0,652		

De seguida realizamos uma matriz de correlação de Pearson entre os itens e o índice global da dimensão “apoio confidencial” (tabela 10), verificamos que as correlações entre os diferentes itens são positivas, oscilando entre uma associação do índice mais baixo (0,352), entre o item 1 com o item 8 e o índice mais elevado (0,937), entre o item 6 com o item 7.

No que se refere às correlações existentes entre os cinco itens e o valor global da dimensão “apoio confidencial”, são positivas e significativamente correlacionadas, oscilando entre 0,644 do item 1 e 0,912 do item 6 e 7.

Tabela 10 - Correlação de Pearson entre os fatores e o apoio confidencial

Item	1	4	6	7	8	10
4	0,430*					
6	0,446*	0,646*				
7	0,447*	0,609*	0,937*			
8	0,352*	0,640*	0,879*	0,881*		
10	0,435*	0,710*	0,619*	0,658*	0,618*	
Apoio confidencial	0,644*	0,812*	0,912*	0,912*	0,877*	0,804*

*p <0,01

De seguida realizamos uma matriz de correlação de Pearson entre os itens e o índice global da dimensão “apoio afetivo” (tabela 11), verificamos que as correlações entre os diferentes itens são positivas, oscilando entre uma associação do índice mais baixo (0,130), entre o item 1 com o item 9 e o índice mais elevado (0,727), entre o item 5 com o item 11.

No que se refere às correlações existentes entre os cinco itens e o valor global da dimensão “apoio afetivo”, são positivas e significativamente correlacionadas, oscilando entre 0,602 do item 9 e 0,802 do item 5.

Tabela 11 - Correlação de Pearson entre os fatores e o apoio afetivo

Item	2	3	5	9	11
3	0,465*				
5	0,454*	0,536*			
9	0,130*	0,356*	0,254*		
11	0,444*	0,525*	0,727*	0,484*	
Apoio afetivo	0,676*	0,769*	0,802*	0,602*	0,858*

*p <0,01

Posteriormente, estabelecemos as correlações existentes entre os 11 itens e o “Apoio total”, são todas positivas e significativamente correlacionadas, oscilando entre 0,599 do item 9 e 0,865 do item 6 (tabela 12).

Tabela 12 - Correlação de Pearson entre os itens e o apoio total

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2	0,585**										
3	0,466**	0,465**									
4	0,430**	0,404**	0,524**								
5	0,392**	0,454**	0,536**	0,765**							
6	0,446**	0,369**	0,529**	0,646**	0,640**						
7	0,447**	0,388**	0,517**	0,609**	0,591**	0,937**					
8	0,352**	0,367**	0,430**	0,640**	0,580**	0,879**	0,881**				
9	0,250**	0,130**	0,356**	0,432**	0,254**	0,551**	0,523**	0,503**			
10	0,435**	0,399**	0,484**	0,710**	0,576**	0,619**	0,658**	0,618**	0,532**		
11	0,511**	0,444**	0,525**	0,827**	0,727**	0,625**	0,618**	0,576**	0,484**	0,748**	
Apoio Total	0,646**	0,606**	0,698**	0,835**	0,781**	0,865**	0,855**	0,813**	0,599**	0,805**	0,848**

** p< 0,01

Realizamos uma matriz de correlação de Pearson entre as dimensões “apoio confidencial”, dimensão “apoio afetivo” e o “apoio total” (tabela 13), verificamos que as correlações entre os diferentes itens são positivas, oscilando entre 0,855 e 0,972.

Tabela 13 - Correlação de Pearson entre as subescalas e o apoio total

	Apoio confidencial	Apoio afetivo
Apoio afetivo	0,855*	
Apoio total	0,972*	0,953*

* p <0,01

1.6- Procedimentos éticos

O projeto de investigação foi submetido à apreciação da Comissão de Ética de um hospital da zona centro que emitiu parecer favorável à realização do estudo com a garantia de que cumpre os requisitos éticos referentes à confidencialidade e autonomia dos participantes. Posteriormente o Conselho de Administração desse hospital autorizou a realização deste estudo por apresentar interesse científico (Anexo 1).

Antes de cada pessoa aceitar participar no estudo era explicado oralmente o trabalho e dado a ler o consentimento informado, que era assinado caso aceitasse participar no estudo. Este foi elaborado segundo as normas da escola e devidamente aprovado pela comissão de ética do mesmo hospital (Anexo 2).

1.7- Análise de dados

Para a análise dos dados, utilizámos a estatística descritiva e a estatística inferencial, com recurso ao programa estatístico o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0 para Windows.

Como medidas de estatística descritiva determinamos:

- Frequências absolutas (n) e percentuais (%);
- Medidas de tendência central: média (\bar{x});
- Medidas de dispersão: desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV).

O CV calcula-se achando o quociente entre o desvio padrão e a média amostral, (Pestana & Gageiro, 2005). Os resultados obtidos são interpretados, de acordo com esses autores conforme se apresenta a seguir:

Tabela 14 - Coeficiente de variação e classificação do grau de dispersão

Coeficiente de variação	Classificação do grau de dispersão
0%-15%	Dispersão baixa
16%-30%	Dispersão moderada
>30%	Dispersão alta

Depois de efetuada a análise descritiva, o procedimento estatístico que se seguiu foi a análise inferencial dos dados obtidos na qual se realizou a associação entre algumas das variáveis independentes em estudo e a variável dependente.

Na comparação de grupos independentes aplicamos o teste paramétrico “t test”. Nos casos em que são expostos dois testes de t (um para variâncias iguais e outro para quando são diferentes), implica que se escolha o mais adequado, partindo sempre do teste da homogeneidade - *Levene* - quando a sua significância é superior a 0,05, assume-se a igualdade das variâncias (Pestana & Gageiro, 2005).

Recorremos também à estatística não paramétrica como alternativa aos testes paramétricos já descritos, porque não se registou a condição da homogeneidade/normalidade de variâncias entre os grupos, isto é, o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,5. Nestes casos utilizamos os testes “U-Mann-Whitney” e o “Kruskal Wallis”.

Com o objetivo de se averiguar a relação entre a variável dependente e mais que uma variável independente, efetuamos uma regressão linear múltipla com recurso ao método de estimação “Stepwise” e método “Enter”, que permitiu determinar as variáveis preditoras da variável dependente.

Foram ainda utilizados os valores de r sugeridos por Pestana e Gageiro (2005) relativos às correlações de Pearson. O coeficiente de correlação pode variar entre -1 e 1 sendo que em termos absolutos classifica-se a associação nos seguintes intervalos:

Tabela 15 - Coeficiente de correlação de Pearson

r	Nível de Associação
<0,2	associação muito baixa
[0.2, 0.39]	associação baixa
[0.4,0.69]	associação moderada
[0.7,0.89]	associação alta
> 0,9	associação muito alta

No estudo, foram utilizados os seguintes níveis de significância de acordo com Pestana e Gajairo (2005):

Tabela 16 - Níveis de significância

$p \geq 0,05$	não significativo
$p < 0,05$	significativo
$p < 0,01$	bastante significativo
$p < 0,001$	altamente significativo

Os resultados da análise dos dados serão apresentados em tabelas de modo a fornecer uma informação clara e concisa de forma resumida. (Fortin, 2009). Omitiu-se a fonte, o local e a data dado que os resultados foram obtidos através dum estudo transversal.

Capítulo 2 - Resultados

2.1 - Caracterização Clínica da Amostra

Na tabela 17 apresentamos os dados referentes à caracterização clínica da amostra, que nos permite identificar as principais patologias cardíacas referidas pelos participantes, se apresentam doenças associadas, se consideram excessivo o número de medicamentos diários, se já apresentaram algum efeito indesejado com a medicação, quanto costumam gastar mensalmente com a medicação e qual a medicação habitual.

Registamos que a patologia mais frequente na amostra é a IC com 40,9% sem grande diferença nos géneros (feminino 20,9% vs masculino 20%). Surge seguidamente a FA com 23,6% com predomínio no género feminino 14,5% vs 9% no masculino. A HTA ocorre em 15,5% mais notória no género masculino 11,8% vs 3,6% no género feminino. O EAM é a patologia que se segue com 12,7% com 7,3% no género masculino e 5,5% no género feminino. Por último a AI 7,3% ocorre mais no género masculino 6,4% vs 0,9% do género feminino.

No que diz respeito às doenças associadas verificámos que estão presentes em 83,6% da amostra com valor mais elevado no género masculino (47,3% vs 36,4%), mas sem diferenças estatísticas entre género ($p=0,347$).

Quanto à toma de comprimidos diários 47,3% dos participantes consideram-no excessivo sendo esta opinião mais partilhada pelo género masculino com 31,8% vs 15,5% no género feminino. Verificamos que existe diferença estatisticamente significativa ($p=0,011$).

Quando questionados sobre se “apresentou algum efeito indesejado com a medicação” 38,2% dos participantes responderam afirmativamente com predomínio das mulheres (22,7% vs 15,5%). Verificamos que existe diferença estatisticamente significativa ($p=0,020$).

Ao perguntarmos sobre o gasto mensal com a medicação 33,6% dos participantes respondeu gastar entre 41 e 80€ por mês e apenas 1,8% responderam não ter custos. Não observamos diferença estatisticamente significativa ($p=0,437$).

A análise das respostas relativas ao tipo de medicação permite concluir que a medicação mais utilizada são os antihipertensores, sendo que são consumidos por 80,9% da amostra, com maior incidência nos homens (43,6% Vs 37,3%). Surgem depois os

antiagregantes plaquetários/anticoagulantes (75,5%), com 44,5 % nos homens e 30,9% nas mulheres. Os medicamentos menos consumidos são os antidiabéticos orais/ insulina que representam 28,2%.

Tabela 17 - Caracterização clínica da amostra

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de patologia						
Insuficiência Cardíaca	22	20,0	23	20,9	45	40,9
Enfarte miocárdio	8	7,3	6	5,5	14	12,7
Angina Instável	7	6,4	1	0,9	8	7,3
HTA	13	11,8	4	3,6	17	15,5
FA	10	9,1	16	14,5	26	23,6
Doenças associadas						
Sim	52	47,3	40	36,4	92	83,6
Não	8	7,3	10	9,1	18	16,4
Excesso de medicação						
		0,0		0,0		
Sim	35	31,8	17	15,5	52	47,3
Não	25	22,7	33	30,0	58	52,7
Efeitos da medicação						
Sim	17	15,5	25	22,7	42	38,2
Não	43	39,1	25	22,7	68	61,8
Gastos mensais com a medicação						
Não sabe	7	6,4	10	9,1	17	15,5
Sem custos	1	0,9	1	0,9	2	1,8
Até 40€	14	12,7	16	14,5	30	27,3
Entre 41 e 80€	22	20,0	15	13,6	37	33,6
Mais de 81€	16	14,5	8	7,3	24	21,8
Medicação habitual						
Anti-agregantes plaquetários ou Anti-coagulante	49	44,5	34	30,9	83	75,5
Beta-bloqueantes	22	20,0	24	21,8	46	41,8
Diuréticos	33	30,0	27	24,5	60	54,5
Anti-arrítmicos	28	25,5	22	20,0	50	45,5
Anti-hipertensores	48	43,6	41	37,3	89	80,9
Estatinas	44	40,0	30	27,3	74	67,3
Anti-diabéticos orais e/ou insulina	21	19,1	10	9,1	31	28,2

Doenças concomitantes

A tabela 18 reporta-se às doenças concomitantes apresentadas pelos participantes. Verificamos que a diabetes, a HTA e a dislipidémia são as mais frequentes quer no género masculino como feminino.

A HTA representa 12,4 % das patologias associadas no género masculino e 13,4% no feminino. Por seu lado a dislipidémia é a patologia associada em 10,1% dos homens e 4,6% das mulheres. Em relação à diabetes esta patologia representa 7,8% das patologias associadas nos homens e 4,6% nas mulheres.

Tabela 18 - Doenças associadas

Doenças associadas	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
HTA	27	12,4	29	13,4	56	25,8
Dislipidémia	22	10,1	10	4,6	32	14,7
Diabetes	17	7,8	10	4,6	27	12,4
Doença valvular	6	2,8	7	3,2	13	6,0
Síndrome Depressivo	2	0,9	9	4,1	11	5,1
HBP	10	4,6	0	0,0	10	4,6
Fibrilhação auricular	8	3,7	1	0,5	9	4,1
Doença Renal	6	2,8	2	0,9	8	3,7
SAOS (Síndrome de apneia obstrutiva do sono)	5	2,3	2	0,9	7	3,2
AVC (Acidente vascular cerebral)	5	2,3	2	0,9	7	3,2
Asma	4	1,8	3	1,4	7	3,2
Doença osteoarticular	3	1,4	3	1,4	6	2,8
Patologia da Tiróide	2	0,9	3	1,4	5	2,3
Ansiedade	3	1,4	2	0,9	5	2,3
Síndrome vertiginoso	0	0,0	4	1,8	4	1,8
Doença vascular periférica	3	1,4	0	0,0	3	1,4
Patologia carotídea	2	0,9	0	0,0	2	0,9
Parkinson	2	0,9	0	0,0	2	0,9
Lupus	1	0,5	0	0,0	1	0,5
Cirrose	1	0,5	0	0,0	1	0,5
Sarcoidose	1	0,5	0	0,0	1	0,5
Total	130	59,9	87	40,1	217	100%

2.2 - Caraterização dos estilos de vida

Em relação aos estilos de vida, estes assentam em dados empíricos constituídos pelos hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercício físico, hábitos tabágicos e stresse (Tabela 19)

No que respeita aos “hábitos alimentares” 69,1% dos participantes consideram ter uma alimentação moderadamente ou pouco saudável enquanto 30,9% consideram que têm uma alimentação muito saudável.

Constatamos que 51,8% dos participantes consomem bebidas alcoólicas enquanto 48,2% não consomem. O maior predomínio de consumo de bebidas alcoólicas verifica-se no género masculino com 37,3% vs 14,5% no género feminino.

A “prática de exercício físico”, não se verifica em 64,5% dos participantes. Dos 35,5% que praticam exercício físico 20,9% são homens e 14,5% são mulheres.

Relativamente aos “hábitos tabágicos”, somente 7,3% respondeu afirmativamente. Destes 5,5% são homens e 1,8% são mulheres.

Quanto ao parâmetro “stresse”, 64,5% dos participantes considera que sofre de stresse sem diferença por géneros 32,7% das mulheres vs 31,8% dos homens.

Tabela 19 - Estilos de vida em função do género

Estilos de vida	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Consumo de bebidas alcoólicas						
Sim	41	37,3	16	14,5	57	51,8
Não	19	17,3	34	30,9	53	48,2
Prática de exercício físico						
Sim	23	20,9	16	14,5	39	35,5
Não	37	33,6	34	30,9	71	64,5
Hábitos tabágicos						
Sim	6	5,5	2	1,8	8	7,3
Não	54	49,1	48	43,6	102	92,7
Stresse						
Sim	35	31,8	36	32,7	71	64,5
Não	25	22,7	14	12,7	39	35,5
Tipo de alimentação						
Muito saudável	16	14,5	18	16,4	34	30,9
Moderadamente ou pouco saudável	44	40,0	32	29,1	76	69,1

2.3 - Apoio social

Para a caracterização do apoio social procedemos à descrição do apoio confidencial, apoio afetivo e o apoio total.

Na tabela 20 estão expostas as estatísticas resultantes da aplicação da escala de apoio social de Duke-Unc. O apoio confidencial apresentou um valor mínimo de 6 e um máximo de 30, sendo que a este corresponde uma média de $21,36 \pm 5,76$. Para o apoio afetivo o valor mínimo foi de 5 e o máximo de 25, tendo este obtido uma média de $17,05 \pm 4,47$. O

apoio total apresentou um valor mínimo de 11 e um máximo de 55, com uma média correspondente de $38,41 \pm 9,86$. Quanto aos índices de assimetria e curtose os resultados apresentados indiciam para as subescalas e valor global curvas mesocúrticas mas enviesadas à direita

Analisando os valores do CV pode-se concluir que em todas as situações existe uma dispersão moderada.

Tabela 20 - Estatística relativa ao Apoio Social

Apoio social	Total (n= 110)						
	Máximo	Mínimo	Média	DP	CV (%)	SK/EP	K/EP
Apoio confidencial	30	6	21,36	5,764	26,99	-3,27	-0,08
Apoio afetivo	25	5	17,05	4,471	26,22	-2,55	-0,302
Apoio total	55	11	38,41	9,864	25,68	-3,19	0,188

Efetuos grupos de corte conforme estabelecido pelo autor da escala (Duke Unc) observamos que quanto ao apoio percebido pelos homens, estes revelaram dispor no geral de maior apoio total 41,8% em relação às mulheres com 34,5% (tabela 21). Da mesma forma, no apoio afetivo e confidencial os homens demonstram maior apoio.

Tabela 21 - Apoio social em função do género

Apoio social	Masculino		Feminino		Total		χ^2
	n	%	n	%	n	%	p
Apoio confidencial							
Escasso	16	14,5	13	11,8	29	26,4	$\chi^2 = 0,006$ p= 0,937
Normal	44	40,0	37	33,6	81	73,6	
Apoio afetivo							
Escasso	20	18,2	14	12,7	34	30,9	$\chi^2 = 0,363$ p= 0,547
Normal	40	36,4	36	32,7	76	69,1	
Apoio total							
Escasso	14	12,7	12	10,9	26	23,6	$\chi^2 = 0,007$ p= 0,935
Normal	46	41,8	38	34,5	84	76,4	

2.4 - Crenças acerca dos medicamentos

Através da análise da tabela 22, constatámos que a dimensão necessidades específicas, que avalia as crenças dos doentes acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita, varia entre um valor mínimo de 9 e máximo de 25, ao qual corresponde uma média de $20,74 \pm 3,67$. Para as preocupações específicas acerca do perigo de dependência observamos um valor mínimo de 5 e um valor máximo de 25 o que corresponde a uma média de $14,16 \pm 3,72$. Os coeficientes de variação são moderados e os

valores de assimetria e curtose indiciam uma curva normal para as preocupações e curva normocúrtica e enviesada à direita para as necessidades.

Tabela 22 - Estatísticas relativas às crenças acerca dos medicamentos

	Máximo	Mínimo	Média	DP	CV (%)	SK/EP	K/EP
Necessidades específicas	25	9	20,74	3,674	17,71	-4,18	1,90
Preocupações específicas	25	5	14,16	3,726	26,31	1,23	-1,03

2.5 - Adesão ao tratamento

Para obter o nível de adesão à terapêutica utilizámos a “Escala de Medida de Adesão ao Tratamento”.

Os valores apresentados na tabela 23 resultam do somatório de cada item da escala a dividir por 7, que é o número de questões.

O valor mínimo da Medida de Adesão Terapêutica foi de 3 enquanto o seu máximo foi de 6, correspondendo estes a uma média de $5,25 \pm 0,56$. O valor de CV (10,72%) aponta para uma dispersão baixa. O valor de simetria (Skewness/error=-4,61) indica uma distribuição assimétrica negativa com enviesamento à direita e o valor Kurtosis/error=3,18 que indica uma distribuição leptocúrtica.

Tabela 23 - Estatísticas relativas à escala MAT

	Máximo	Mínimo	Média	DP	CV (%)	SK/EP	K/EP
MAT	6	3	5,25	0,563	10,72	-4,61	3,18

O nível de Adesão terapêutica, segundo Delgado & Lima (2001) deve ser determinado convertendo a escala tipo likert para uma escala dicotómica. Através da mediana obtida nesta escala estabelecemos o corte entre a “adesão” e a “não adesão”.

Observando a classificação da medida de adesão aos tratamentos (tabela 24) apurámos que 51,8% dos participantes aderem ao tratamento farmacológico. No que se refere ao género observamos que os homens 29,1% aderem mais que as mulheres 22,7%. No entanto não se verificaram diferenças estatísticas significativas ($p=0,503$).

Tabela 24 - Caracterização da adesão ao tratamento

	Masculino (n= 60)		Feminino (n= 50)		Total		X ² p
	n	%	n	%	n	%	
Adesão	32	29,1	25	22,7	57	51,8	X ² = 6,321 p= 0,503
Não adesão	28	25,5	25	22,7	53	48,2	

2.6 - Análise inferencial

2.6.1- Relação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão ao regime terapêutico

Adesão terapêutica e gênero

Para analisar a relação entre o gênero e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizamos o t-Teste, observamos que o gênero masculino possui médias mais elevadas na adesão terapêutica $75,23 \pm 25,07$ vs $73,43 \pm 24,66$ do gênero feminino. Assumimos que não existe diferença de variância entre os grupos, ou seja, os grupos são homogêneos, uma vez que o valor de p do teste de Levene é superior a 0,05 (Levene=0,570).

Porém, pelos valores ($t=0,380$; $p=0,705$) concluímos não existem diferenças estatisticamente significativas.

Adesão terapêutica e idade

Para compreender a relação entre a idade e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizamos o t-Teste, observamos médias muito semelhantes nos dois grupos, ($74,68 \pm 27,01$) no grupo etário com idade inferior a 65 anos vs ($74,24 \pm 23,40$) no grupo etário com idade superior ou igual a 65 anos. O valor ($p=0,929$) indica que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Adesão terapêutica e estado civil

Para analisar a relação entre o estado civil e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizamos o teste U de Mann-Whitney. Através dos resultados obtidos pode ser referido que as maiores ordenações médias pertencem aos sujeitos da amostra do grupo que vivem “com companheiro” (58,79) vs (48,15) do grupo “sem companheiro”. No entanto, constatamos que

não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,098$) ou seja, o estado civil não interfere com a Adesão Terapêutica Medicamentosa.

Adesão terapêutica e habilitações literárias

De forma a compreender a relação entre as habilitações literárias e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizamos o teste U de Mann-Whitney. Verificamos que as maiores ordens médias pertenceram aos sujeitos da amostra que pertencem ao grupo que frequentaram o “ensino secundário/superior” do que no grupo com frequência “até ao ensino básico” (59,88 vs 54,28). Pelos resultados obtidos com o valor ($p=0,436$) atestamos que não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, as habilitações literárias não interferem na Adesão Terapêutica Medicamentosa.

Adesão terapêutica e situação laboral

De forma a saber qual a influência entre a situação laboral e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizamos o Teste U de Mann-Whitney. Verificamos que a maior média pertence aos indivíduos em situação laboral de “ativo” (57,07) vs (54,99) em relação ao grupo com situação laboral “não ativo”, verificando-se também não existirem diferenças significativas ($p= 0,762$).

Adesão terapêutica e atividade profissional

Para analisar qual a influência entre a atividade profissional e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizou-se o Teste Kruskal-Wallis. Verificou-se que as maiores ordens médias pertenciam aos indivíduos em do grupo “Profissões intelectuais” (60,94), seguido do grupo “Profissões técnicas” (57,81), depois o grupo “Sem profissão qualificada” (55,02) e por fim o grupo que não respondeu (38,90) verificando-se também não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,604$).

Adesão terapêutica e o rendimento mensal

Para compreender a influência entre o rendimento mensal e a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. Salientamos que as maiores ordens médias pertencem aos sujeitos com maiores rendimentos mensais (77,06). Pelo valor $p=0,029$

concluimos que existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, a remuneração mensal influencia com a Adesão Terapêutica Medicamentosa.

Adesão terapêutica e as condições económicas

Para observar se as condições económicas influenciam a Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizou-se o t-Teste. Observou-se que a média mais elevadas na adesão terapêutica pertence ao grupo que possui condições económicas ($78,74 \pm 24,62$) vs ($71,64 \pm 24,68$) do grupo que não possui condições económicas para tratar o problema cardíaco. Pelo teste de Levene concluimos que as variâncias são homogêneas ($p=0,914$). Os resultados obtidos no t-Teste ($t=1,473$; $p=0,144$) mostram-nos que não existem diferenças significativas, ou seja, as condições económicas não influenciam a Adesão Terapêutica Medicamentosa.

Adesão terapêutica e área de residência

Relativamente à influência da área de residência na Adesão Terapêutica Medicamentosa, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Podemos concluir que as maiores ordens médias se verificaram nos sujeitos que residiam em meio rural comparado com os sujeitos que residiam em meio urbano ($60,49$ vs $52,76$). Constatou-se, no entanto, pelo valor de p ($p = 0,213$) que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 25 - Relação entre a adesão ao tratamento e as variáveis sociodemográficas

Variáveis sociodemográficas	n	X ± DP / Mean Rank	Teste	p
Gênero				
Masculino	60	75,23±25,072	t teste= 0,380	0,705
Feminino	50	73,43±24,661		
Grupo etário				
< 65 anos	44	74,68±27,011	t teste= 0,089	0,929
≥ 65 anos	66	74,24±23,403		
Estado civil				
Com companheiro	76	58,79	UMW= 1042	0,098
Sem companheiro	34	48,15		
Com quem vive				
Acompanhado	91	57,6	UMW= 673	0,121
Sozinho	19	45,42		
Habilitações literárias				
Até ao ensino básico	86	54,28	UMW= 927	0,436
Ensino secundário e superior	24	59,88		
Situação laboral				
Ativo	27	57,07	UMW= 1078	0,762
Não ativo	83	54,99		
Atividade profissional				
Profissões intelectuais	8	60,94	KW= 1,851	0,604
Profissões técnicas	31	57,81		
Sem profissão qualificada	66	55,02		
Não respondeu	5	38,90		
Rendimento mensal				
Até 490€	72	48,9	KW= 7,084	0,029
490 a 980€	25	57,1		
Mais de 980	8	77,06		
Condições económicas				
Sim	43	78,74±24,620	t teste=1,473	0,144
Não	67	71,64±24,680		
Residência				
Área rural	39	60,49	UMW= 1190	0,213
Área urbana	71	52,76		

2.6.2- Relação entre as variáveis clínicas e a adesão ao regime terapêutico

Para efetuar o estudo entre as variáveis clínicas e a adesão ao tratamento medicamentoso utilizamos o teste U de Mann-Whitney na variável “Doenças associadas”, na variável “Considera excessivo o número de comprimidos” e “Apresentou algum efeito indesejado com a medicação” recorreremos ao t teste e nas variáveis “Tipo de patologia” e “Quanto costuma gastar mensalmente com a medicação” utilizamos o teste Kruskal-Wallis (Tabela 26).

Adesão terapêutica e tipo de patologia

Quanto ao tipo de patologia, constatámos que os doentes com o diagnóstico de “FA” apresentaram ordens médias de adesão superiores aos restantes, no entanto não apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,493$) ou seja, o tipo de patologia não influencia a adesão Terapêutica Medicamentosa.

Adesão terapêutica e doenças associadas

Em relação às doenças associadas registaram-se ordens médias de adesão mais elevadas nos participantes com presença de doenças associadas, contudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,667$).

Adesão terapêutica e excesso de medicação

Constatámos que os participantes que exprimiram que o número de medicamentos era excessivo apresentaram médias de adesão mais elevadas. Pelos valores do teste de Levene ($p=0,214$) assume-se que a variância entre os grupos é homogénea, porém não se verificaram diferenças significativas ($t=1,228$; $p=0,222$).

Adesão terapêutica e efeitos indesejados com a medicação

Verificámos que os participantes que afirmaram não ter apresentado algum efeito indesejado com a medicação apresentaram médias de adesão mais elevadas. Pelos valores do teste de Levene ($p=0,856$) assume-se que a variância entre os grupos é homogénea. Verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas ($t=2,647$; $p=0,009$), ou seja, os efeitos indesejados com a medicação tem influência na Adesão Terapêutica Medicamentosa.

Adesão terapêutica e gasto com a medicação

Relativamente ao gasto mensal com a medicação, verificámos os sujeitos que não têm custos com a medicação apresentaram ordens médias de adesão mais elevadas, ainda assim não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,226$).

Tabela 26 - Relação entre a adesão ao tratamento e as variáveis clínicas

Variáveis clínicas	n	X ± DP / Mean Rank	Teste	p
Tipo de patologia				
Insuficiência Cardíaca	45	56,44	KW= 3,4	0,493
Enfarte miocárdio	14	42,79		
Angina Instável	8	51,06		
HTA	17	57,12		
FA	26	61,02		
Doenças associadas				
Sim	92	56,07	UMW= 776	0,667
Não	18	52,61		
Considera excessivo o número de comprimidos				
Sim	52	77,47±21,794	t teste= 1,228	0,222
Não	58	71,67±27,091		
Apresentou algum efeito indesejado com a medicação?				
Sim	42	66,67±24,167	t teste= - 2,647	0,009
Não	68	79,20±24,112		
Quanto costuma gastar mensalmente com a medicação?				
Não sabe	17	63,68	KW= 5,659	0,226
Sem custos	2	69,25		
Até 40€	30	44,92		
Entre 41 e 80€	37	56,38		
Mais de 81€	24	60,44		

2.6.3- Relação entre apoio social e a adesão ao regime terapêutico

Para efetuar o estudo entre a variável apoio social e a adesão ao regime terapêutico medicamentoso aplicamos o teste U de Mann-Whitney (Tabela 27).

Constatámos que os sujeitos que percecionam receber apoio confidencial normal apresentaram ordens médias de adesão superiores aos que percecionam receber apoio confidencial escasso, no entanto não apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,091$).

Verificámos que os participantes que percecionam receber apoio afetivo normal apresentaram ordens médias de adesão superiores aos que percecionam receber apoio afetivo escasso. Verificou-se que existem diferenças significativas ($p=0,040$), ou seja, tem influência na Adesão Terapêutica Medicamentosa.

Relativamente ao apoio total, as ordens médias de adesão superiores pertencem também ao apoio normal em detrimento do apoio escasso, contudo não apresentam diferenças significativas ($p=0,098$).

Tabela 27 - Relação entre a adesão ao tratamento e o apoio social

Apoio social	n	Mean Rank	Teste	p
Apoio confidencial				
Escasso	29	47,12	UMW= 931,5	0,091
Normal	81	58,5		
Apoio afetivo				
Escasso	34	46,37	UMW= 981,5	0,040
Normal	76	59,59		
Apoio total				
Escasso	26	46,67	UMW= 862,5	0,098
Normal	84	58,23		

2.6.4- Relação entre os estilos de vida e a adesão ao regime terapêutico

Para efetuar o estudo entre os estilos de vida e a adesão ao tratamento medicamentoso utilizamos o teste U de Mann-Whitney na maioria das variáveis exceto na variável “Ingere bebidas alcoólicas”, na qual recorreremos ao t teste (Tabela 28).

Adesão terapêutica e ingestão de bebidas alcoólicas

Quanto à variável “Ingere bebidas alcoólicas”, constatámos que as médias de adesão superiores pertencem aos participantes que responderam afirmativamente. Pelos valores do teste de Levene ($p=0,504$) assume-se que a variância entre os grupos é homogênea. No entanto verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($t=0,539$; $p=0,591$).

Adesão terapêutica e exercício físico

Em relação à prática de exercício físico registaram-se ordens médias de adesão mais elevadas nos participantes que praticam exercício, contudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,358$).

Adesão terapêutica e hábitos tabágicos

Quanto aos hábitos tabágicos, registaram-se ordens médias de adesão semelhantes mas ligeiramente mais elevados nos participantes que não fumam. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,944$).

Adesão terapêutica e stresse

Em relação ao stresse registaram-se ordens médias de adesão mais elevadas nos participantes que não consideram sofrer de stresse. Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,149$).

Adesão terapêutica e o tipo de alimentação

No que diz respeito ao tipo de alimentação registaram-se ordens médias de adesão mais elevadas nos participantes que consideram ter uma alimentação muito saudável, no entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,218$).

Tabela 28 - Relação entre a adesão ao tratamento e os estilos de vida

Estilos de vida	n	X ± DP / Mean Rank	Teste	p
Bebidas alcoólicas				
Sim	53	75,74±25,150	t teste= 0,539	0,591
Não	57	73,18±24,606		
Prática de exercício físico				
Sim	39	59,18	UMW= 1241	0,358
Não	71	53,48		
Hábitos tabágicos				
Sim	8	54,75	UMW= 402	0,944
Não	102	55,56		
Existência de stresse diário?				
Sim	71	52,32	UMW= 1159	0,149
Não	39	61,28		
Tipo de alimentação				
Muito saudável	34	60,97	UMW= 1106	0,218
Moderadamente ou pouco saudável	76	53,05		

2.6.5- Regressões lineares

Com o propósito de identificar se a adesão terapêutica é influenciada pelos fatores: idade, género, apoio afetivo, apoio confidencial, apoio total, necessidades específicas e preocupações específicas efetuamos análises de regressões múltiplas para testar o valor preditivo das variáveis independentes em relação à variável dependente e todas as suas dimensões, obtendo assim um modelo preditivo da Adesão Terapêutica Medicamentosa. O método de estimação utilizado foi o método “Stepwise” (passo a passo) ou em alternativa o método enter quando nenhuma das variáveis se apresentava como preditora.

O método “Stepwise” é método que possibilita identificar as variáveis que apresentam relações mais fortes com a variável dependente e por isso são melhores candidatas ao modelo

definitivo. Permite a remoção de uma variável cuja importância no modelo é reduzida pela adição de novas variáveis, sendo particularmente apropriado quando existem correlações significativas entre as variáveis independentes (Marôco, 2011).

Regressão linear entre apoio familiar e a adesão ao regime terapêutico

Pelo método “Stepwise” apenas a variável “apoio confidencial” se revelou preditora. De qualquer forma a correlação entre os dois é baixa, uma vez que o coeficiente de correlação r é de 0,256. Esta variável explica 5,7% da variância da adesão. Em suma quando aumenta o apoio confidencial aumenta a adesão à terapêutica medicamentosa (tabela 29). Desta regressão surge a seguinte equação:

$$\text{MAT} = 57,529 + 0,264 \text{ Apoio confidencial}$$

Tabela 29 - Regressão linear simples entre a adesão terapêutica e o “apoio confidencial”

Variável dependente: MAT				
R =		0,256		
R ² =		0,065		
R ² ajustado =		0,057		
Erro padrão de estimativa=		24,076		
Incremento de R ² =		0,065		
F =		7,548		
p =		0,007		
Pesos de regressão				
Variáveis independentes	Coefficientes beta	Coefficiente padronizado	T	p
Constante	57,529		8,768	0,000
Apoio confidencial	0,264	0,256	2,747	0,007

Relação entre as crenças acerca dos medicamentos e a adesão ao regime terapêutico

Para verificar o efeito das crenças acerca dos medicamentos na adesão ao tratamento, efetuamos uma correlação de Pearson que demonstra uma correlação baixa nas “necessidades específicas” ($r = 0,157$, $p = 0,102$) e nas “preocupações específicas” é muito baixa ($r = -0,066$, $p = 0,491$), ou seja, as “preocupações específicas” estabelecem uma relação inversa com a adesão ao tratamento medicamentoso.

A regressão múltipla efetuada revela que nenhuma das variáveis é preditora da adesão à terapêutica. Neste caso foi usado o método enter.

Tabela 30 - Regressão linear múltipla entre a adesão terapêutica, “necessidades específicas” e “preocupações específicas”

Variável dependente: MAT				
R =	0,169			
R ² =	0,029			
R ² ajustado =	0,011			
Erro padrão de estimativa=	24,657			
Incremento de R ² =	0,029			
F =	1,581			
p =	0,211			
Pesos de regressão				
Variáveis independentes	Coefficientes beta	Coefficiente padronizado	T	p
Constante	61,75		5,154	0,000
Necessidades específicas	0,21	0,156	1,636	0,105
Preocupações específicas	-0,085	-0,064	-0,67	0,504

Capítulo 3 - Discussão dos resultados

Com este estudo pretendíamos determinar a prevalência da adesão ao regime terapêutico do doente com patologia cardíaca, pelos resultados obtidos observamos que mais de metade da nossa amostra (51,8%) se revelou aderente à terapêutica medicamentosa.

Este valor está em consonância com resultados obtidos por alguns autores (Santos et al, 2010; Lunelli et al, 2009) e ainda a OMS (2003) quando relata que nos países desenvolvidos apenas 50% dos pacientes que sofrem de doenças crónicas aderem às recomendações de tratamento.

São diversos os fatores que podem influenciar a adesão terapêutica, iremos debruçar-nos sobre alguns deles, os quais já foram mencionados por diversos autores.

3.1 Relação entre variáveis sociodemográficas e adesão à terapêutica

Começando pelos fatores sociodemográficos, a relação entre as características dos doentes e o seu nível de adesão ao regime terapêutico tem sido largamente estudada. O nosso estudo revelou que o género masculino possui médias ligeiramente mais elevadas na adesão terapêutica, mas não se verificaram diferenças estatísticas. Também de acordo com a literatura, a variável género, apesar de ser frequentemente avaliada não tem demonstrado uma relação consistente com a adesão. (Cabral & Silva, 2010; Vermeire, et al, 2001; Jin, 2008).

Quanto à idade, se a não adesão é sempre um problema recorrente em qualquer grupo etário, alguns autores referem que, com o avançar dos anos, ela tende a agudizar-se. A excessiva complexidade dos regimes terapêuticos aliada às alterações de memória e compreensão verificadas predominantemente em doentes com grupo etário avançado dificulta a execução do esquema estipulado (Cabral & Silva, 2010; Bugalho & Carneiro 2004). Jin (2008), numa revisão sistemática da literatura sobre os fatores que afetam o cumprimento terapêutico expõe que vários estudos também tentam apontar várias razões para que os idosos apresentem taxas de adesão mais baixas, entre elas destacam que os idosos podem ter problemas de visão, audição e memória, além disso, podem ter mais dificuldades em perceber as indicações terapêuticas devido ao comprometimento cognitivo ou dificuldades físicas, como problemas na deglutição dos comprimidos, dificuldades em abrir as embalagens

da medicação, manipulação de comprimidos pequenos e dificuldade em distinguir os nomes dos medicamentos.

Para as pessoas mais velhas a adesão pode ser um desafio particular, uma vez que, muitas delas tomam vários medicamentos em simultâneo o que torna mais difícil para elas lembrarem-se quando tomar cada um deles (WHO, 2003).

É também referido que os idosos também podem preocupar-se mais com a sua saúde que os mais jovens de modo que os doentes idosos não aderentes não o fazem de forma intencional na maioria dos casos. Por conseguinte, se conseguissem a ajuda necessária pela parte de familiares ou cuidadores, seriam mais propensos à adesão (Jin, 2008).

O presente estudo não corrobora totalmente estes pressupostos uma vez que obtivemos médias de adesão muito semelhantes nos dois grupos etários, apesar de ligeiramente superior no grupo etário com idade superior a 65 anos.

Relativamente ao estado civil, as maiores médias de adesão pertencem aos sujeitos da amostra do grupo que coabitam com companheiro, resultado este que vai de encontro ao de outros estudos (Cabral & Silva, 2010, Santos, 2010; Lunelli et al, 2009). A ajuda e apoio de um cônjuge podem ser a razão pela qual os doentes casados eram mais aderentes do que os doentes isolados (Jin, 2008). Um estudo conduzido por Wu et al. (2012), em doentes com insuficiência cardíaca, concluiu que os doentes não casados eram mais propensos a serem não aderentes. Comparados aos doentes casados, aqueles que eram solteiros tinham 2,2 vezes mais probabilidade de não aderirem à medicação prescrita. Os doentes casados referiram ainda ter alguém para os lembrar de tomar a medicação prescrita e para os ajudar a toma-los.

Apurámos que os participantes com mais habilitações literárias apresentam maiores índices de adesão terapêutica, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas. Este resultado vai de encontro ao que já foi referenciado por outros autores como Cabral & Silva (2010) e Ho (2009) que referem que maiores habilitações literárias facultarão uma maior capacidade para perceberem que a condição da sua doença é determinante para a adesão à terapêutica, comparativamente aos participantes com menos habilitações literárias. A capacidade de compreender a informação escrita ou verbal é fundamental para a vida moderna e reflete-se na capacidade do indivíduo para fazer escolhas informadas. De forma intuitiva, pode-se esperar que os doentes com mais habilitações literárias devam ter melhores conhecimentos sobre a patologia e sobre a terapêutica e, portanto, serem mais aderentes (Jin, 2008).

Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à situação laboral, verificamos índices mais elevados de adesão terapêutica nos participantes empregados. Estes resultados estão em consonância com o estudo de Bugalho & Carneiro (2004) onde é referido que o desemprego coloca os doentes em situações de desvantagem, forçando a ponderação de prioridades que podem não incluir o cumprimento da medicação.

Neste seguimento, verificamos ainda que existe uma correlação positiva entre o rendimento mensal e a adesão ao regime terapêutico. Quando existe um rendimento mensal baixo pode existir dificuldade em comprar os medicamentos por motivos económicos (Cabral & Silva 2010). Também os resultados relativos à perceção sobre possuir condições económicas para tratar a doença corroboram o referido anteriormente. Cabral e Silva (2010) verificaram que a ida às consultas e a aquisição da medicação é particularmente afetada pela falta de recursos financeiros, atingindo um terço dos doentes crónicos. Também Ho et al (2009) relata que alguns estudos mencionam que os custos da medicação podem ter um impacto na não adesão, e sugere realização de novos estudos para avaliar se a redução dos custos da medicação pode melhorar a adesão e consequentemente os resultados clínicos.

A zona de residência dos inquiridos não influenciou de forma significativa a adesão ao regime terapêutico, no entanto pode-se mencionar que as maiores médias de adesão se verificaram nos sujeitos que residiam em meio rural. Em oposição Martins (2005) retrata que o meio de residência dos indivíduos é reconhecido por alguns autores como sendo um aspeto sociodemográfico que se relaciona com a adesão terapêutica, dado que se pressupõe que os sujeitos provenientes dos meios urbanos têm melhores níveis de habilitações literárias.

A OMS alerta para o facto de que apesar dos fatores sociodemográficos (idade, género, educação, ocupação, rendimentos, estado civil, área de residência) não terem sido claramente associadas à adesão, deixa em aberto a necessidade de se investigar mais sobre esta problemática (WHO, 2003). Também Vermeire, et al, (2001) refere que os fatores sociodemográficos não parecem influenciar a adesão, embora alguns estudos estabeleçam algumas associações, estas nem sempre são consistentes.

3.2 – Relação entre variáveis clínicas e adesão à terapêutica

No que diz respeito à relação entre as variáveis clínicas e a adesão ao regime terapêutico observamos que não existe diferença significativa em relação às diferentes patologias presentes na amostra. Já Santos (2010) no seu estudo verificou que os doentes

com doença coronária apresentaram uma maior percentagem de adesão do que os doentes com IC.

Jin (2008) concluiu que os doentes que não apresentam sintomas, ou os apresentam de forma intermitente, por exemplo na Hipertensão, são suscetíveis à não adesão. A forma como o doente vivencia a sua condição crónica desempenha um papel fundamental na predição da adesão.

No estudo de Wu et al (2012) é relatado que doentes com insuficiência cardíaca não aderentes apresentaram maior risco de ter complicações cardíacas em relação aos doentes aderentes.

A baixa adesão à medicação tem sido relatada como prevalente em populações com doença cardiovascular. Contudo, importa referir que existe uma variabilidade nos métodos de avaliação (autorrelato, dados da aquisição da medicação na farmácia e contagens de comprimidos), o que impede as comparações entre os estudos e diferentes condições cardiovasculares (Ho et al., 2009; Wu et al., 2012).

Em relação à presença de doenças associadas o nosso estudo não revelou diferenças significativas, ainda assim, os participantes com presença de doenças associadas apresentaram maiores índices de adesão terapêutica. Albert (2008) parece não estar de acordo com estes pressupostos, uma vez que revela no seu estudo que doentes com Insuficiência cardíaca têm muitas vezes doenças concomitantes o que pode exigir medicamentos adicionais e, assim, aumentar os custos financeiros o que acaba por conduzir a uma menor adesão terapêutica. A existência de co-morbilidades importantes pode levar a uma diminuição da adesão terapêutica (Bugalho & Carneiro, 2004).

Num dos estudos da revisão sistemática da literatura de Jin (2008) com doentes com idade superior a 65 anos e com doença coronária chegaram à conclusão que a depressão afeta a adesão terapêutica.

Os participantes que exprimiram que o número de medicamentos era excessivo apresentaram valores médios de adesão mais elevados, porém não se verificaram diferenças estatísticas significativas. Uma vez mais, este resultado não está em consonância com os resultados obtidos por Albert (2008) que aponta a polimedicação como fator que leva à não adesão terapêutica.

Também Cabral & Silva (2010) referem que a prescrição em simultâneo de múltiplos medicamentos, assim como muitas tomas diárias ou dosagens elevadas, podem contribuir para um menor comprometimento com o tratamento. Neste seguimento, Bugalho & Carneiro

(2004) indicam que a polimedicação, sobretudo nos doentes idosos, potenciam a não adesão terapêutica.

Os regimes posológicos com administração única diária estão associados a uma redução significativa de 57% do risco de um doente com doença cardiovascular crónica ser não aderente à terapêutica (Caldeira et al, 2014).

Os participantes que afirmaram não ter apresentado algum efeito indesejado com a medicação apresentaram valores médios de adesão mais elevados com diferenças estatisticamente significativas. Esta conclusão reforça o resultado de vários estudos, que apontam que efeitos adversos/secundários diminuem a taxa de adesão terapêutica (Bugalho & Carneiro 2004; Ho et al, 2009). Cabral & Silva (2010) apurou no seu estudo que para aproximadamente metade dos portugueses, a falta de adesão se deveria a dois fatores principais: os doentes sentirem-se melhor ou queixarem-se dos efeitos secundários dos medicamentos. Albert (2008) inclui os efeitos adversos da medicação num grupo de fatores relacionados com o tratamento que podem influenciar a não adesão e que podem ser alteradas por uma mudança de medicamento. Também Jin (2008) refere que em dezassete estudos sobre os efeitos secundários todos os apontam como ameaça à adesão terapêutica.

Em relação ao gasto mensal com a medicação, verificámos que os sujeitos que não têm custos com a medicação apresentaram valores médios de adesão mais elevados. Se o custo da terapia é um fardo financeiro, o seu cumprimento será definitivamente ameaçado. O custo é uma questão crucial na adesão do paciente doente especialmente em doenças crónicas (Jin, 2008).

O apoio social escasso tem sido associado a um número de resultados negativos para a saúde cardiovascular. Num estudo prospetivo, realizado no espaço temporal de seis anos, em 736 participantes com baixos níveis de apoio emocional, revelou um risco de 3,1 vezes em reincidirem ou morrerem por síndrome coronário agudo (Everson-Rose & Lewis, 2005). O apoio social em adultos com doença crónica tem sido alvo de inúmeras pesquisas. Este é um dos principais mediadores psicossociais de adaptação à doença e à manutenção da saúde. Em vários estudos, os doentes aderentes à terapêutica tinham obtido maior pontuação de apoio social do que os não-aderentes (Jin et al., 2008; Cabral & Silva, 2010; Wu et al., 2012).

Os nossos resultados confirmam este pressuposto, ao evidenciar que os participantes que percebem receber apoio social apresentaram valores médios de adesão superiores. O apoio afetivo mostrou uma correlação positiva com a adesão e o apoio confidencial mostrou ser preditor da adesão à terapêutica medicamentosa, sendo que quanto maior estes forem, maior será a adesão.

Os doentes que tiveram apoio emocional e ajuda de membros da família, amigos ou profissionais de saúde mostraram-se mais propensos ao tratamento. O apoio social ajuda os doentes reduzindo atitudes negativas em relação ao tratamento, dando motivação e lembrando de implementar o tratamento. (Jin et al, 2008)

Também Vermeire, et al, (2001) refere que fatores sociais, como uma atitude positiva por parte da comunidade, melhoram o cumprimento terapêutico.

3.3 – Relação entre estilos de vida e adesão à terapêutica

Em geral as terapêuticas incluem outro tipo de recomendações, nomeadamente alteração dos hábitos de saúde e estilos de vida dos doentes. O problema da adesão terapêutica também se coloca, portanto, ao nível deste tipo de prescrições. Ora, em relação a estes outros tipos de recomendações médicas o grau de adesão é em geral menor, nomeadamente no que diz respeito à mudança de hábitos (Cabral &Silva, 2010).

Neste estudo, na relação entre os estilos de vida (hábitos alcoólicos, prática de exercício físico, hábitos tabágicos, stresse e tipo de alimentação) e a adesão terapêutica nenhuma das cinco variáveis apresentou diferenças estatisticamente significativas. Contudo, em relação aos hábitos alcoólicos, os participantes que responderam afirmativamente à questão “ingere bebidas alcoólicas” apresentaram valores médios de adesão mais elevados.

De forma contraditória, a OMS previne que o uso de álcool e drogas pode conduzir a baixos níveis de adesão pelo receio dos doentes de que o álcool possa interferir com medicamentos (WHO, 2003). Giroto et al (2013) detetou também, no seu trabalho, que a adesão ao tratamento farmacológico se associou ao não consumo regular de bebidas alcoólicas.

Os efeitos do tratamento nos hábitos quotidianos podem influenciar negativamente a adesão, destacando-se as situações em que afetam a vida social, como a indicação para não consumir bebidas alcoólicas (Cabral &Silva, 2010).

De forma idêntica, em relação à prática de exercício físico registaram-se valores médios de adesão mais elevados nos participantes que praticam exercício físico.

Em alguns estudos a prática de exercício físico é encarada como parte integrante da adesão e não propriamente relacionada com a adesão medicamentosa. Num estudo sobre exercício físico em doentes com insuficiência cardíaca, os doentes citaram sintomas físicos (dor, tonturas), falta de energia (fraqueza, fadiga) e má motivação como motivos de baixa

adesão à terapia de exercícios. Noutro estudo sobre autocuidado, incluindo comportamentos de exercício, 30% dos idosos com insuficiência cardíaca relataram que tinham parado de se exercitar após a insuficiência cardíaca ter sido diagnosticada (Albert, 2008).

Quanto aos hábitos tabágicos, registaram-se valores médios de adesão semelhantes mas ligeiramente mais elevados nos participantes que não fumam. Alguns autores referem que comportamentos de proteção à saúde estão associados a medidas de adesão terapêutica, e que a redução do consumo de bebidas alcoólicas e combate ao tabagismo devem fazer parte desses comportamentos (Giroto et al, 2013).

Em relação ao stresse registaram-se valores médios de adesão mais elevados nos participantes que não consideram sofrer de stresse. Este resultado está em consonância com o referido pela OMS, o Stress, sendo uma consequência do ritmo de vida, é considerado um dos fatores que aumenta seriamente o risco de doença cardiovascular e agrava o prognóstico dos doentes com esta patologia, é considerado preditor da adesão terapêutica e interfere na adoção de estratégias de coping por parte dos indivíduos (WHO, 2003).

Parece que os doentes que tomam a medicação regularmente também são mais propensos a adotar comportamentos saudáveis, nomeadamente comer adequadamente e regularmente (Ho et al, 2009).

Os nossos resultados parecem estar de acordo com estes pressupostos, uma vez que, no que respeita ao tipo de alimentação registaram-se valores médios de adesão mais elevados nos participantes que consideram ter uma alimentação muito saudável. Todavia, é um pouco subjetiva a mensuração da dieta “muito saudável”, pela sua complexidade e dificuldade de dimensionar as perceções do que esta definição acarreta.

As principais barreiras à adesão descritas na literatura foram a falta de competências relacionadas com o autocuidado, falta de motivação e falta de apoio para as mudanças comportamentais. Estas barreiras foram especialmente significativas para as intervenções destinadas a mudar hábitos e / ou estilos de vida, mas também afetou o uso de medicação. A OMS reconhece a necessidade de apoiar os esforços de autocuidado (WHO, 2003).

3.4 – Relação entre crenças acerca dos medicamentos e adesão à terapêutica

No que concerne às crenças acerca dos medicamentos, foram estudados dois fatores: a necessidade específica sobre um medicamento e a preocupação com os possíveis efeitos secundários e o perigo de dependência dos medicamentos. Neste estudo, em relação às preocupações verificamos uma relação inversa relativamente à adesão terapêutica

medicamentosa, ou seja, quanto maior são as preocupações manifestadas pelos participantes deste estudo menor é a adesão terapêutica medicamentosa.

Quanto à crença na necessidade da medicação prescrita, quanto mais os doentes acreditam na necessidade de medicação, maior é a sua adesão à mesma. No entanto, não se verificaram diferenças estatísticas, pelo que estas variáveis não são preditoras da adesão.

Esta conclusão reforça o resultado de vários estudos. Em doentes com doença crónica, o medo da dependência da medicação de longo prazo pode contribuir negativamente para o cumprimento da terapêutica (Jin, 2008).

Horne et al., (2003) defende que as preocupações com a medicação podem traduzir uma reação emocional de medo e ansiedade diminuindo assim a adesão ou influenciando a escolha de um certo medicamento.

Os doentes parecem ponderar as crenças acerca da necessidade dos seus medicamentos, por um lado, e as crenças gerais sobre uso excessivo e efeitos nefastos e crenças específicas sobre preocupações, por outro (Horne et al, 2013).

De acordo com o mesmo autor, os indivíduos possuem diferentes perceções acerca da importância ou do risco associados ao consumo de fármacos e, como tal, desenvolvem diferentes crenças acerca dos mesmos, podendo estas crenças influenciar a forma como os indivíduos aderem ao tratamento farmacológico.

As crenças e perceções pessoais de saúde são fatores influentes do grau em que as pessoas tomam a medicação conforme é prescrita. Desta forma, geralmente, quando as pessoas acreditam que a adesão ao tratamento irá produzir benefícios é mais provável que siga as recomendações médicas (Cabral & Silva, 2010).

Também Vermeire, et al, (2001) menciona que o medo de efeitos adversos e as crenças dos doentes sobre medicamentos e sobre a medicina em geral influenciam o cumprimento terapêutico.

A adesão está relacionada à forma pela qual os indivíduos julgam a necessidade pessoal de um fármaco e as suas preocupações sobre seus potenciais efeitos adversos (WHO, 2003).

É de salientar que a grande maioria das informações que permitiram obter estes resultados foi obtida através do preenchimento dos questionários pelos próprios doentes, o que pode gerar erros decorrentes de memória, dificuldade de interpretação das questões ou outras distorções. Desta forma, os resultados vão depender da honestidade e sinceridade da

resposta. Assim, alguns resultados podem estar superestimados, como a própria adesão ao tratamento.

ESTUDO 2

Capítulo 4 - Metodologia

Neste capítulo pretende-se definir a investigação do estudo 2, descrevendo as questões, os objetivos, o tipo de investigação, definição dos participantes, caracterização da amostra, descrição dos instrumentos e procedimentos de recolha de dados e procedimentos éticos, e por fim os resultados.

Através da pesquisa qualitativa, serão obtidos dados como opiniões, atitudes, sentimentos e expectativas; itens que não podem ser quantificados por serem diferentes de pessoa para pessoa. Não se procura ligar variáveis nem comparar grupos como na investigação quantitativa, o estudo pode evoluir para exploração de relações ou de comparações entre ideias (Fortin, 2009).

Em relação à família, esta é a unidade social de base na qual se processam os comportamentos de saúde e que pode ajudar a desenvolver ou limitar esses comportamentos (Sorensen & Luckmann, 1998).

Face ao exposto, formulamos as seguintes questões de investigação:

- Qual a perceção da família em relação à adesão ao regime terapêutico do seu familiar?
- Qual a perceção da família em relação aos fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico do seu familiar?

Para dar resposta às questões formuladas delineamos os seguintes objetivos:

- Conhecer a perceção da família em relação ao nível de adesão ao regime terapêutico do doente com patologia cardíaca;
- Conhecer a perspetiva da família em relação aos fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico do doente com patologia cardíaca.

O presente estudo é de natureza qualitativa de características fenomenológicas e pretende complementar a informação obtida com o estudo 1, ou seja, pesquisar as perceções dos familiares no que respeita à adesão ao regime terapêutico.

A investigação qualitativa estuda os fenómenos no meio natural e interpreta os fenómenos baseando-se nos significados que os participantes dão a esses fenómenos (Fortin, 2009).

A investigação fenomenológica considera as experiências humanas tal como são descritas pelos participantes. O acento tónico é colocado no processo interativo pelo qual os indivíduos dão uma significação a uma determinada situação social. A fenomenologia visa descrever a experiência, extrair a natureza dos fenómenos e a significação que as pessoas lhe atribuem (Fortin, 2009).

Em relação aos participantes, os indivíduos são selecionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência, em primeira mão, da cultura, interação social ou fenómeno de interesse (Streubert e Carpenter, 2002).

Assim, a amostra selecionada para este estudo abrange alguns familiares dos doentes com patologia cardíaca que participaram no estudo 1. Trata-se desta forma de uma amostra não probabilística por conveniência. As particularidades comuns a todos os participantes são o facto de todos os inquiridos serem familiares de uma pessoa com patologia cardíaca, que se apresentam como familiar de referência ou cuidador e que partilham a habitação.

Para determinar o tamanho da amostra não nos baseamos sobre avaliações estatísticas mas sobre ações que permitem atingir os objetivos do estudo. O número de participantes é geralmente pequeno (6 a 10) mas pode ser maior se se elabora uma teoria. De um modo geral o número de participantes é determinado pela saturação dos dados, ou seja quando estes já não trazem novas informações (Fortin, 2009).

Neste seguimento, neste estudo foram realizadas 8 entrevistas. Este número surgiu pelo que já foi referido anteriormente mas não só. A amostra pretendia englobar familiares de pessoas que responderam ao questionário do estudo 1 e o critério utilizado foi a disponibilidade das pessoas para responder à entrevista.

Em suma, participaram no estudo 8 indivíduos que são familiares de referência de pessoas com patologia cardíaca, dos quais 6 do género feminino e 2 do género masculino. Apresentam idades entre os 32 e os 60 anos. Em relação ao grau de parentesco 6 indivíduos são “filhos” da pessoa com patologia cardíaca, 1 é “nora” e 1 é “neta”.

A particularidade comum a todos os participantes é terem-se apresentado como familiar de referência da pessoa com patologia cardíaca que acedeu a responder ao questionário do estudo quantitativo. A entrevista foi realizada aos familiares em contexto

hospitalar, durante o período de espera para a consulta médica. Este aspeto condiciona, logo à partida, o tempo de resposta e a atenção que é dispensada.

Tabela 31 - Caracterização dos participantes no estudo qualitativo

Código atribuído aos inquiridos	Grau de parentesco	Idade	Género	Patologia
E1	Filha	32	Feminino	AI
E2	Filho	35	Masculino	HTA
E3	Neta	33	Feminino	HTA, AVC
E4	Nora	60	Feminino	IC
E5	Filha	35	Feminino	HTA
E6	Filha	40	Feminino	EAM
E7	Filha	40	Feminino	HTA, FA e AVC
E8	Filho	34	Masculino	HTA

Não há métodos melhores de recolha de informação do que outros, tudo depende dos objetivos, do modelo de análise e das características do campo de análise. Só conhecemos corretamente um método de investigação depois de o termos experimentado por nós próprios. (Quivy e Campenhoudt, 2008).

O instrumento de recolha de informação utilizado foi uma entrevista semiestruturada.

A entrevista semiestruturada está a meio caminho entre a entrevista estruturada e a não estruturada, ou seja, embora partindo de um roteiro de perguntas, é suficientemente flexível para alterar a sua ordem, eliminar algumas ou incluir outras. Ao contrário da entrevista estruturada, não existe limitação da resposta dos entrevistados, que dispõem de ampla liberdade para responderem (Fontana e Frey, 1994).

De acordo com os mesmos autores, a entrevista é, desde tempos longínquos, um dos mais comuns e potentes meios para a compreensão da atividade humana, contudo advertem, para que a arte de “formular questões e obter respostas é mais dura do que pode parecer à primeira vista”, exigindo do investigador um trabalho rigoroso em termos de planificação e, depois, de realização.

O entrevistador deve esforçar-se por fazer o menor número possível de perguntas. A entrevista não é um interrogatório, o excesso de perguntas conduz sempre ao mesmo resultado, o entrevistado depressa adquire a impressão de que lhe é simplesmente pedido para responder a uma série de perguntas precisas e dispensar-se-á de comunicar o mais fundo do seu pensamento e da sua experiência. As respostas tornar-se-ão cada vez mais

breves e menos interessantes. Após ter respondido sumariamente à anterior esperará pura e simplesmente pela pergunta seguinte (Quivy, R., & Campenhoudt, L., 2008).

No sentido de recolher informação relevante para as questões formuladas e garantir a uniformidade das entrevistas aos vários participantes elaborou-se um guião com um total de 14 questões que, embora permitindo que os participantes se expressassem livremente, orientou no sentido de não perder de vista os objetivos pretendidos.

As questões da entrevista que serviram de base à recolha de dados são as que a seguir se apresentam:

1. Na sua perspetiva que conhecimentos possui o seu familiar sobre a doença que o afeta? Se tem outras doenças para além desta diga quais.
2. Qual a sua perceção sobre a toma de medicação pelo seu familiar
 - a. O seu familiar toma a medicação prescrita? Porquê?
 - b. Toma-a sempre ou costuma esquecer-se? Porquê?
 - c. O seu familiar alguma vez tomou um ou mais comprimidos por iniciativa própria após se ter sentido pior?
 - d. Já aconteceu ter interrompido a terapêutica por ter deixado acabar os medicamentos?
 - e. Já aconteceu ter interrompido a terapêutica por se ter sentido melhor?
3. Que razões apontam para a interrupção da toma de medicação do seu familiar?
4. Sabe quantos comprimidos toma o seu familiar por dia
5. Qual a sua opinião em relação à quantidade de comprimidos que o seu familiar toma?
6. O que pensa em relação ao custo monetário da medicação?
7. Acha que algum medicamento tem algum efeito indesejado?
8. Que motivos levam o seu familiar a não tomar a medicação
9. Qual a sua opinião acerca da possibilidade de o seu familiar ficar dependente da medicação?
10. Qual a perceção sobre os hábitos de vida diário do seu familiar (consumo de álcool, tabaco e alimentação)?
 - a. O seu familiar ingere bebidas alcoólicas? Se sim, que quantidade ingere em média por dia?
 - b. O seu familiar fuma? Se sim, em que ocasiões e quantos cigarros por dia?
 - c. Que tipo de alimentação faz o seu familiar? Come frequentemente fora de casa?

11. Que recomendações dadas pelos profissionais de saúde são cumpridas em relação ao exercício físico?
12. Em que medida os hábitos de vida interferem na saúde do seu familiar?
13. Qual pensa ser o seu papel no cumprimento das indicações médicas por parte do seu familiar, no que diz respeito à toma da medicação, adoção de uma alimentação saudável, adoção de práticas de exercício físico regular e em relação a evitar comportamentos de risco como fumar e beber?
14. Qual a sua opinião acerca do suporte social que é dado ao seu familiar (saídas, convívio com amigos, ter com quem falar, etc...)

Os procedimentos formais tais como o pedido de autorização à comissão de ética e o pedido de consentimento informado foram realizados de acordo com as normas da instituição e da escola (Anexo 4).

Foi esclarecido que só a investigadora teria acesso à audição integral das entrevistas.

A colheita de dados para este estudo obedeceu a todos os requisitos de natureza ética e deontológica.

O registo dos dados obtidos processou-se através de gravação digital direta das entrevistas e de seguida procedeu-se à audição integral e respetiva transcrição.

Uma vez colhidos os dados é necessário organiza-los tendo em vista a sua análise. No caso de dados qualitativos, a análise consiste em resumir os dados sob a forma de uma narrativa (Fortin, 2009).

A análise na investigação qualitativa é um processo de “mão na massa”. Os investigadores têm de estar profundamente imersos nos dados e ao mesmo tempo que executam as entrevistas vão dissecando o seu conteúdo. É necessário escutar cuidadosamente aquilo que ouviram para descobrir os seus significados e transmiti-los com rigor, não esquecendo as considerações éticas (Streubert e Carpenter, 2002).

Os dados a analisar na investigação qualitativa consistem em palavras e não em números. O investigador examina os dados, organiza-os e tenta transpor a significação dos relatos que obteve (Fortin, 2009).

O método selecionado para a análise dos dados colhidos foi a análise de conteúdo, através da análise categorial. Este método é frequentemente associado a alguns métodos de recolha de dados qualitativos de entre os quais a entrevista (Quivy, & Campenhoudt, 2008).

O processo de análise dos dados iniciou-se com a audição repetida das entrevistas e sua transcrição seguida pela categorização do seu conteúdo (em categorias, subcategorias e unidades de análise).

Capítulo 5 - Resultados

Este capítulo destina-se à apresentação, análise e discussão dos resultados evidenciados no estudo.

Após a recolha dos dados resultantes das entrevistas os mesmos foram organizados e classificados por categorias e subcategorias. Optamos por designar cada uma das entrevistas pelo símbolo “E”, de entrevista, seguido de um número, que se refere à ordem pela qual as mesmas foram realizadas, de forma a garantir o anonimato dos participantes.

Ao longo da análise e discussão dos resultados serão apresentados excertos de respostas dos participantes, que melhor traduzam a análise efetuada.

5.1 - Análise e discussão dos resultados

Do material transcrito das respostas obtidas, emergiram 13 categorias:

1. Categoria: “Conhecimentos acerca da patologia” Desta categoria foram encontradas duas subcategorias, como se ilustra a seguir.

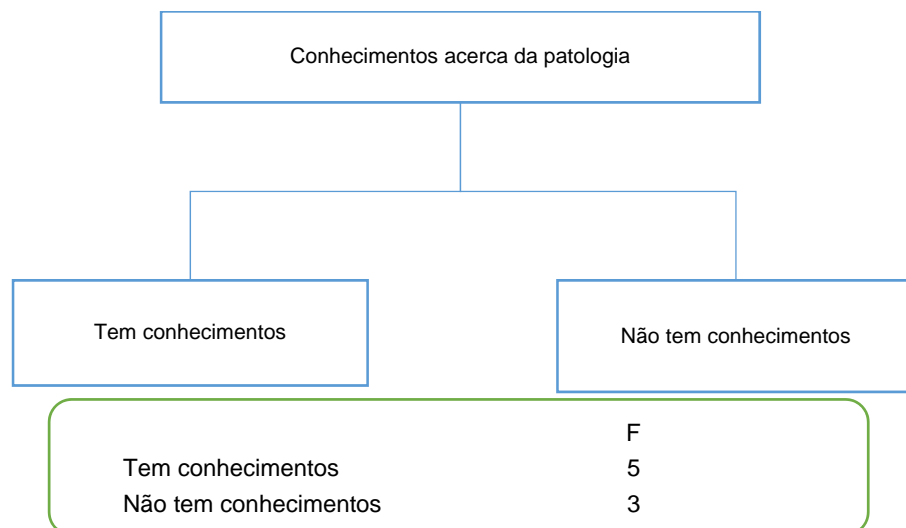


Figura 2 - Conhecimentos acerca da patologia

À pergunta “Na sua perspetiva que conhecimentos possui o seu familiar sobre a doença que o afeta?” a maioria dos participantes refere que tem conhecimentos “ “Sim, tem conhecimentos” (E1); “Conhecimentos básicos, Não sabe assim nada sobre o funcionamento nem o porquê da doença” (E2). No entanto, nenhuma das respostas afirmativas sobre os conhecimentos aponta para que o familiar com doença cardíaca esteja verdadeiramente bem informado sobre a sua patologia.

Na carta europeia do coração (2009) o Prof. Polybio Serra e Silva refere que “os portugueses constam-se entre os piores informados no que respeita à patologia cardiovascular. (...) Um dos maiores fatores de risco das doenças cardiovasculares é a ignorância das populações”.

Também Bugalho & Carneiro (2004) mencionam que a educação é uma medida simples e vital destinada a melhorar a adesão à medicação.

No que diz respeito à segunda sub categoria: “Não tem conhecimentos “ as respostas obtidas não demonstram muita preocupação por parte dos inquiridos pelo facto do familiar não estar devidamente informado sobre o problema que o afeta.

“Poucos, ela sabe que se sente cansada, que tem dificuldade em fazer as coisas dela... o tomar banho, o subir escadas ...mas pouco mais” (E4) “...nem quer saber muito sobre o assunto. Prefere ignorar... Assim não tem sentimento de culpa por não cumprir tudo o que foi recomendado no hospital...”(E6)

2. Categoria: “Perceção sobre a toma da medicação”. Desta categoria foram encontradas duas subcategorias, como se ilustra a seguir.

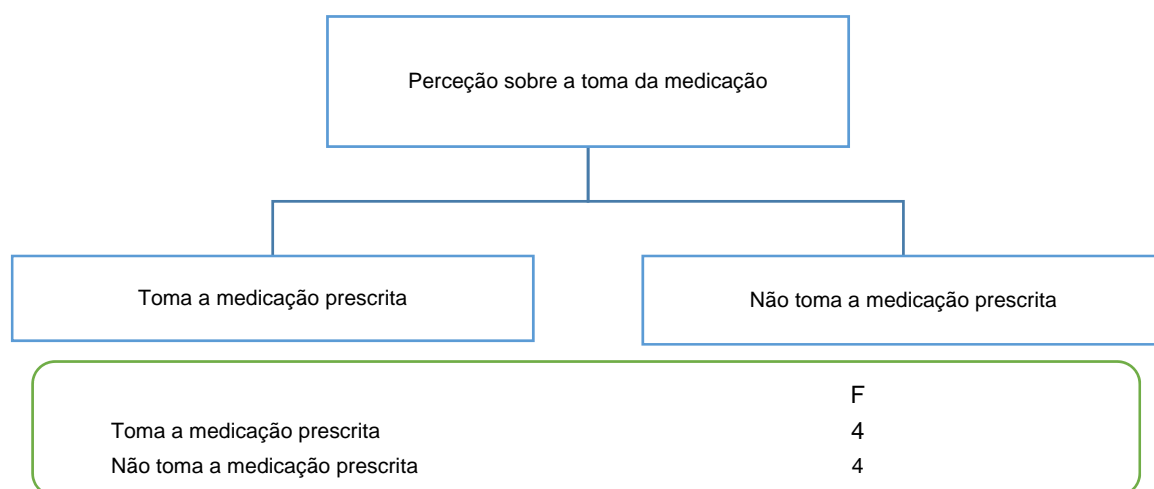


Figura 3 - Perceção sobre a toma da medicação

A percepção dos participantes em relação à toma da medicação é a de que, de uma forma geral os seus familiares tomam a medicação prescrita. Mas, um olhar mais atento sobre todas as respostas às questões que envolvem a toma da medicação permite dividir em duas subcategorias. Uma na qual todas as respostas forem coerentes com a afirmação “toma a medicação prescrita” e outra na qual, respostas subsequentes nos permitem inferir que existem falhas neste pressuposto e como tal foram agrupadas numa subcategoria “Não toma a medicação prescrita”.

Em relação aos motivos mencionados para a toma da medicação tal como foi prescrita foram vários os enunciados. Dois participantes referem que o seu familiar toma a medicação prescrita porque se sente melhor: “Sim, toma. Houve uma altura em que não tomava sempre, mas agora, sim toma” (E5); “Toma porque lhe receitaram e viu assim num espaço relativamente curto de uma ou duas semanas que realmente tinha valores (tensionais) mais aceitáveis” (E2).

Três dos entrevistados responderam que o seu familiar toma a medicação prescrita porque o médico receitou: “Depois da cirurgia o médico e o enfermeiro disseram-lhe que se não tomar a medicação as artérias voltam a obstruir e depois ele pode não ter tempo de chegar ao hospital... “ (E6)

Esta resposta vai de encontro ao exposto noutros estudos. Amendoeira (2006) refere que a força da prescrição terapêutica transmite às pessoas uma forte sensação de proteção e de confiança no profissional, que é reconhecido, porque idealmente o médico possui o poder sobre a vida e a morte.

Dois participantes apontam como motivo para a adesão a falta de autonomia do doente: “Toma a medicação prescrita porque sou eu que lha preparo conforme a medicação e os horários. Se eu não lha preparar ela não é capaz de a tomar sozinha” (E4); “Agora toma, depois de ter tido o AVC e ficar dependente de mim... eu dou-lhe a medicação toda direitinha como o médico manda” (E7)

De acordo com Cabral (2010) o cumprimento estrito das indicações médicas pode ser também determinado pela atuação de terceiros com idosos a seu cargo, dependendo a aplicação correta dos cuidados de saúde da capacidade dos cuidadores para compreender e adotar as recomendações dadas pelos médicos.

Se atendermos à soma do número de participantes que deram as respostas anteriores será fácil perceber que só um entrevistado referiu que o seu familiar não toma a medicação

exatamente como foi prescrita: “De uma forma geral sim, de vez em quando lá se esquece de tomar ou toma só meio comprimido “ (E8).

No entanto, na figura 4, onde se encontram divididas as duas subcategorias, constam apenas 4 respostas em como os doentes aderem à medicação. Este fato prende-se com afirmações posteriores de três desses entrevistados, nomeadamente no que diz respeito a tomar mais medicação quando se sentem piores, quando se sentem melhores, suspender algum medicamento ou simplesmente quando omitem uma ou outra toma da medicação porque deixam terminar a caixa. “Em relação à hipertensão não, só aqueles para a dor de cabeça tipo o ben-u-ron” (E5); “Mais no início quando foi diagnosticada a Hipertensão, penso que ainda não tinha muito a noção de que precisava... que a terapêutica tinha de ser contínua para fazer efeito e então quando a tensão começou a baixar deixou de tomar. Depois percebeu que não funcionava assim a começou a tomar direitinho” (E5); “Sim, às vezes só toma meio comprimido. Acho que é uma situação que quando anda bem, quando anda melhor começa a reduzir um bocadinho, a pensar que está a fazer bem” (E8); “Uma vez ou outra lá acontece terminar a caixa, mas normalmente até costuma ter cuidado.” (E6)

Também Bugalho & Carneiro (2004) refere que a excessiva utilização de medicação constitui um comportamento de má adesão, com aumento da possibilidade de toxicidade e de efeitos secundários.

3. Categoria: “Opinião em relação à quantidade de comprimidos”. Desta categoria foram encontradas três subcategorias, como se ilustra a seguir.

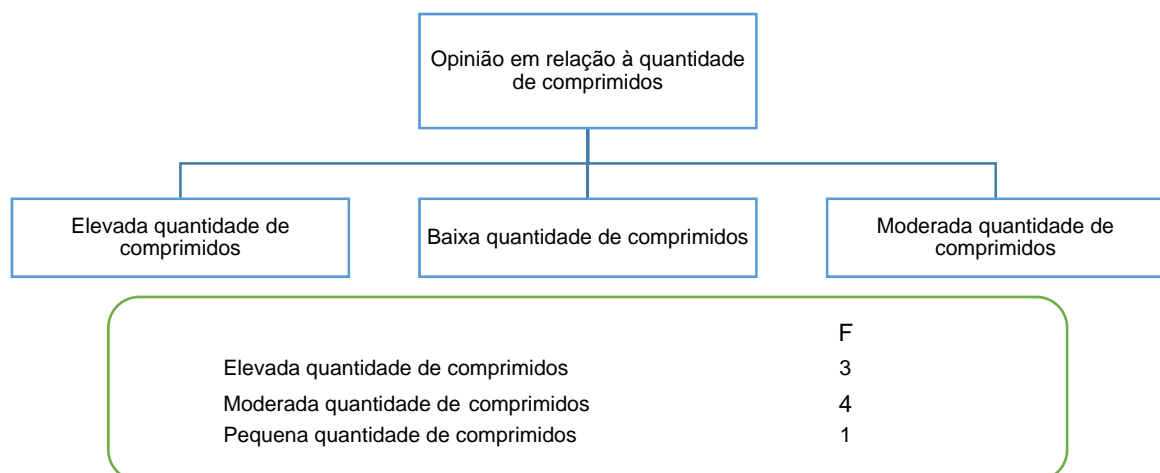


Figura 4 - Opinião em relação à quantidade de comprimidos

Quando questionados os participantes acerca da sua opinião quanto ao custo da medicação foram variados as respostas, desde uma quantidade elevada de comprimidos: “São muitos porque ele tem muitos problemas de saúde... e depois ainda tem dores porque tem metade do corpo paralisado...” (E7); “Na minha perspetiva são muitos para aquela faixa etária, daí para a frente acho normal” (E2); alguns referiram achar que os seus familiares tomam uma quantidade moderada de comprimidos: “Acho que está bem assim” (E1); “Uma quantidade adequada, acho que não são poucos nem muitos” (E8). E apenas um inquirido respondeu que o seu familiar toma uma pequena quantidade de comprimidos: “Não penso que sejam muitos, ele toma dois por dia. Era melhor que não fosse nenhum, mas... é aceitável” (E5)

4. Categoria: “Custo monetário da medicação”. Desta categoria foram encontradas três subcategorias, como se ilustra a seguir.

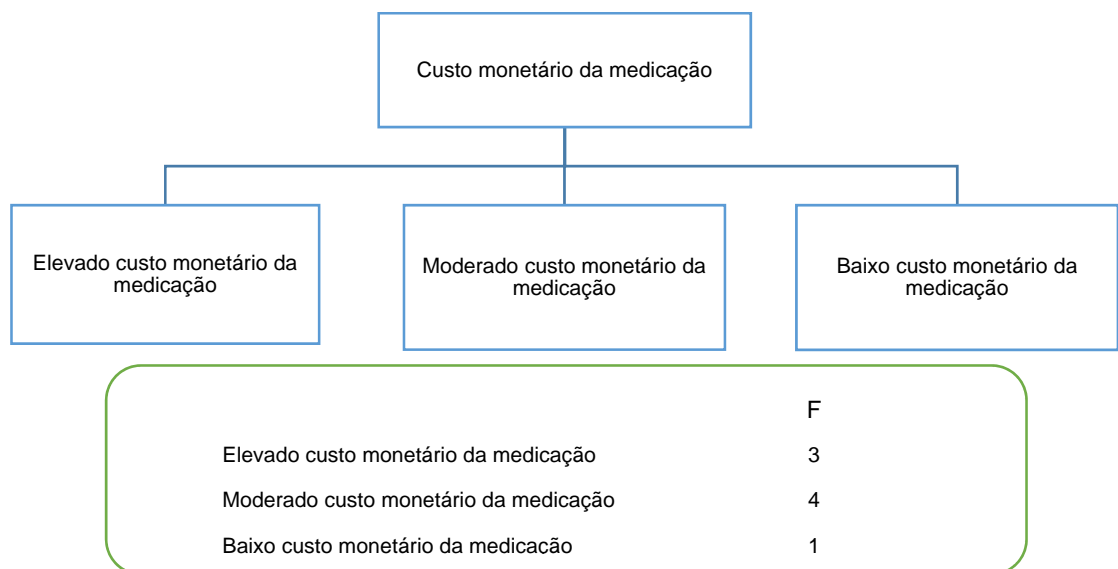


Figura 5 - Custo monetário da medicação

Quanto ao custo monetário da medicação as respostas oscilaram entre elevado custo monetário: “Acho que é muito cara” (E1); “A medicação é muito cara, se bem que alguns da alguns anos para cá o médico substituiu pelos genéricos, tem algumas vantagens económicas mas também como são muitos chega ao fim do mês é um encargo grande” (E4); “É um custo bastante elevado ele não tem nenhum tipo de isenção e ainda são alguns comprimidos.. e vai toma-los para sempre.” (E6), moderado custo monetário: “Já gastou mais, mas já há algum tempo o médico substituiu alguns medicamentos pelos genéricos e agora gasta menos” (E7);

“Com participação acho que é aceitável e comportável, neste caso” (E2) e por fim baixo custo monetário da medicação: “Tudo o que seja custos é desagradável, mas pelo que eu conheço de outras pessoas não é... ele não gasta assim tanto na farmácia como outras pessoas.” (E5)

Surpreendentemente pouco se sabe sobre a associação entre a adesão à medicação e os custos que esta acarreta. Para melhorar a adesão à medicação há uma clara necessidade de mais pesquisas para entender melhor a associação entre a adesão e os custos de saúde (Ho et al, 2009).

5. Categoria: “Efeitos indesejados da medicação”. Desta categoria foram encontradas três subcategorias, como se ilustra a seguir.

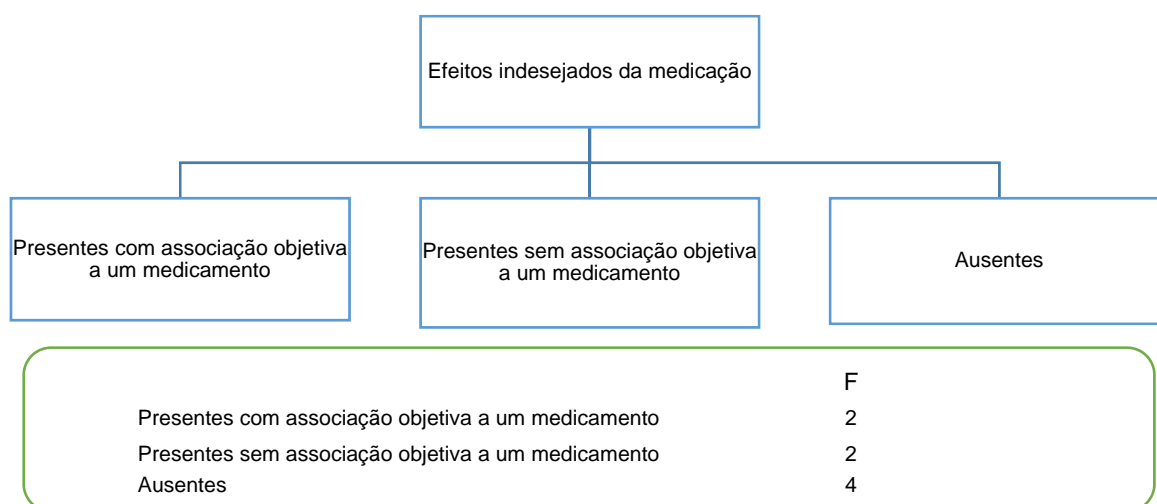


Figura 6 - Efeitos indesejados da medicação

A percepção de metade dos participantes é a de que o seu familiar já apresentou algum efeito indesejado com a medicação, mas nem sempre conseguem associar esse efeito colateral a algum fármaco específico: “Eu penso que acabam por ter sempre alguns efeitos, alguns nem chegamos a perceber alguns sintomas que às vezes apresenta nem chegamos a saber se é de algum medicamento ou não, mas... assim que tenha uma causa efeito não consigo precisar” (E5).

Dois dos entrevistados referiram que o seu familiar já apresentou efeitos indesejados um com uma estatina e outro com um antiagregante/anticoagulante: “Ele queixa-se que um medicamento que toma para o colesterol lhe dá dores musculares. Já falamos com o médico

e ele mudou para outro vamos lá ver” (E6); “Como ele toma um medicamento para o sangue ficar mais líquido às vezes sangra do nariz... de resto não me tenho apercebido de nada...” (E7).

Num estudo de Bennett (2002) os efeitos secundários da medicação foram referidos pelos participantes como responsáveis pelos comportamentos de não adesão, sobretudo se interferem, na qualidade de vida.

Também segundo Albert (2008) os efeitos adversos dos medicamentos contribuem em grande parte para a não adesão ao regime terapêutico em doentes com insuficiência cardíaca.

De acordo com a OMS um dos fatores relacionados com o doente e que pode influenciar a adesão terapêutica é a ansiedades em relação a possíveis efeitos adversos (WHO, 2003).

Metade da amostra referiu não terem havido efeitos secundários: “Não, nunca notei” (E3).

6. Categoria: “Possibilidade de ficar dependente da medicação”. Desta categoria foram encontradas duas subcategorias, como se ilustra a seguir.

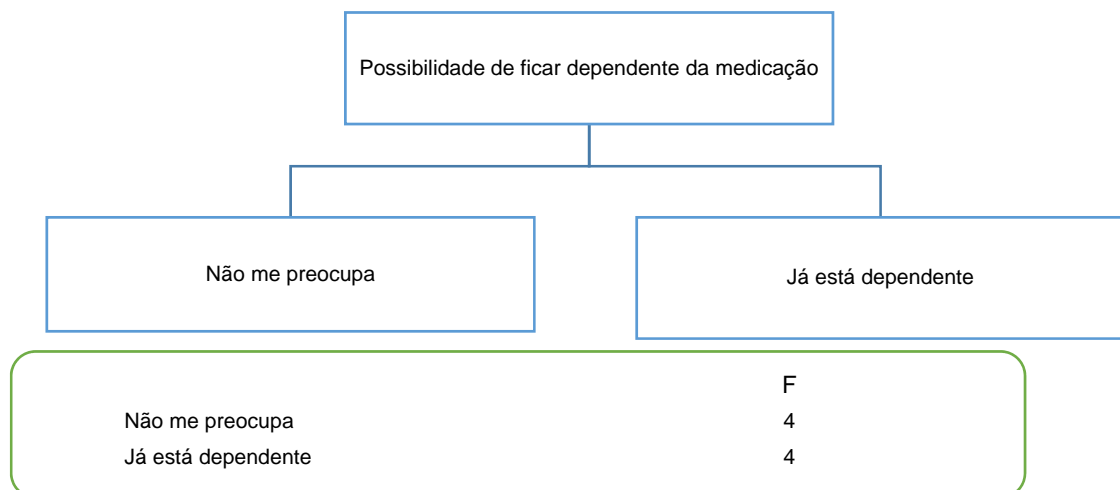


Figura 7 - Possibilidade de ficar dependente da medicação

Do total dos 8 participantes quatro consideram que não os preocupa a possibilidade de o familiar ficar dependente da medicação e quatro consideram que o seu familiar já se encontra dependente da medicação.

“ Não penso muito nisso, se tiver de ser, tem que ser...” (E1); “O problema não é tanto estar dependente da medicação, o problema é ter uma patologia, a partir daí, se precisa do medicamento para a controlar, que seja, desde que ande controlado e que não venha a ter problemas de maior é o mais importante” (E 5)

“Dependente já é, tendo uma doença crónica, dependente já é... tem que a tomar sempre” (E4); “Ele já está dependente.” (E7)

De acordo com a OMS outro dos fatores relacionados com o doente e que pode influenciar a adesão terapêutica é o medo da dependência dos fármacos (WHO, 2003).

7. Categoria: “Hábitos de vida do familiar em relação ao consumo de álcool”. Desta categoria foram encontradas duas subcategorias, como se ilustra a seguir.

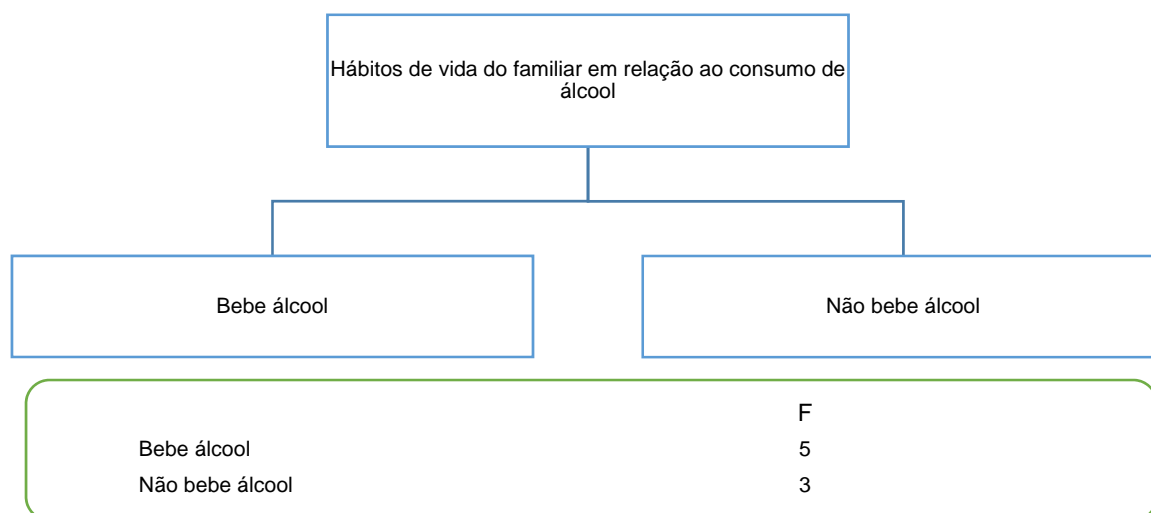


Figura 8 - Hábitos de vida do familiar em relação ao consumo de álcool

Ao analisar as respostas dos participantes verificamos que grande parte destes refere que o seu familiar bebe álcool: “Bebe 1 copo de vinho ao almoço e ½ à noite” (E3); “Sim, um copo de vinho por dia durante a semana, ao fim de semana talvez dois, um ao almoço e outro ao jantar. Mas não faz abusos” (E5); “Bebidas alcoólicas muito esporadicamente...” (E8).

Em consonância com estas respostas Lunelli et al (2009) menciona no seu estudo que a maioria dos doentes não aderiu à terapêutica não farmacológica, evidenciando uma subvalorização da necessidade de modificação preventiva dos hábitos de vida para o controle dos fatores de risco.

Três inquiridos responderam que o seu familiar não bebe álcool: “Pronto, álcool nem nunca bebeu mesmo quando era mais jovem...” (E4)

8. Categoria: “Hábitos de vida do familiar em relação ao consumo de tabaco”. Desta categoria foram encontradas duas subcategorias, como se ilustra a seguir.

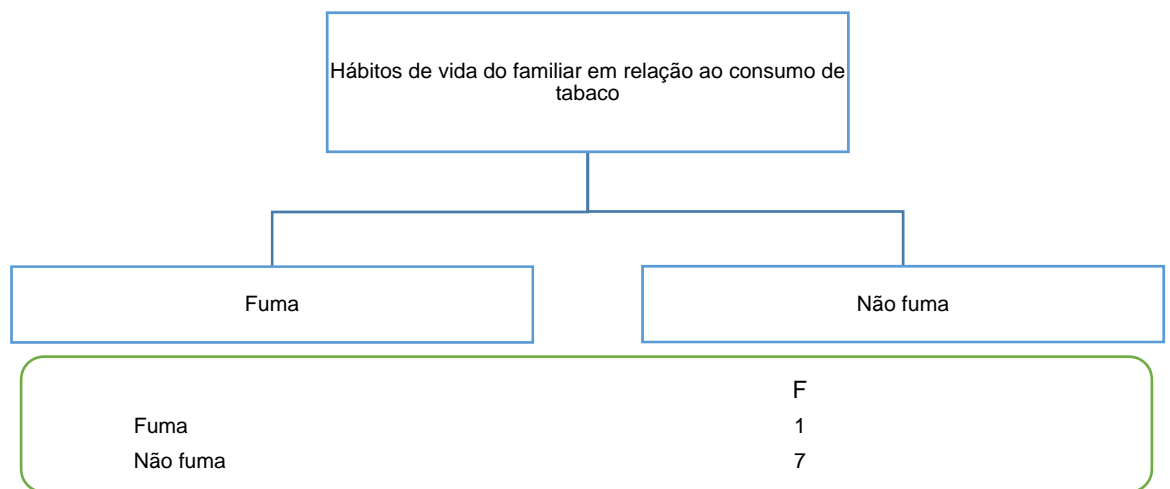


Figura 9 - Hábitos de vida do familiar em relação ao consumo de tabaco

De entre os 8 inquiridos apenas um respondeu que o seu familiar mantém hábitos de tabagismo: “Após a alta ainda andou uns tempos sem fumar nem beber... Mas entretanto voltou a fumar” (E6), os restantes sete responderam que o seu familiar não fuma: “Não, já fumou em tempos mas já deixou de fumar há mais de vinte anos” (E5); ...”e tabaco nem nunca fumou...”(E4)

Pelo contrário Cabral & Silva (2010) refere que no que diz respeito a outros tipos de recomendações médicas além das farmacológicas o grau de adesão é bastante menor, nomeadamente no que diz respeito à mudança de hábitos: neste último domínio, a percentagem dos que admitem não seguir as recomendações varia entre 23% no caso da dieta alimentar e mais de 40% no caso do tabaco e da bebida.

9. Categoria: “Hábitos de vida do familiar em relação á alimentação”. Desta categoria foram encontradas três subcategorias, como se ilustra a seguir.

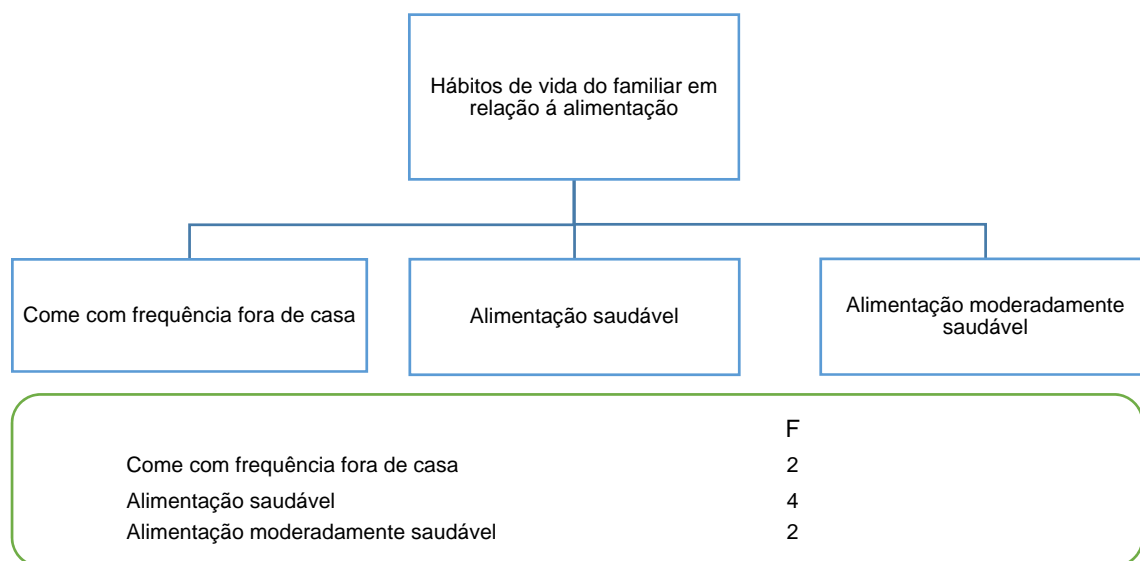


Figura 10 - Hábitos de vida do familiar em relação á alimentação

Quanto aos hábitos alimentares apenas metade dos entrevistados respondeu que o seu familiar tem hábitos de alimentação saudável: “Em relação à alimentação, agora desde que ela vive comigo sou eu que preparo e tento ter isso controlado, mais à base de cozidos e grelhados, beber água, nada de doce...” (E4); ...”em relação à alimentação também tento que seja o mais saudável possível”(E7).

A outra metade refere que o familiar tem hábitos de alimentação moderadamente saudável, dois deles estão condicionados pelo facto de serem profissionalmente ativas e os seus empregos exigirem que comam frequentemente fora de casa: “Como o trabalho dele é motorista come fora de casa bastantes vezes” (E2); ...”devido à sua profissão sim, a maior parte das vezes durante a semana almoça fora” (E5); ...”come muito, come bastante. Não é que coma mal, assim, açúcares, gorduras mas em quantidade come muito” (E2); ...”acerca da alimentação não faz uma alimentação muito cuidada. É aquela cozinha à antiga... tradicional” (E8)

Os hábitos alimentares parecem estar de facto no centro das preocupações dos participantes relativamente ao cumprimento do plano terapêutico. A mudança de hábitos alimentares adquiridos ao longo de uma vida, constituem a maior dificuldade na adesão ao regime terapêutico (Cabral & Silva, 2010)

10. Categoria: “Hábitos de vida do familiar em relação ao exercício físico”. Desta categoria foram encontradas duas subcategorias, como se ilustra a seguir.

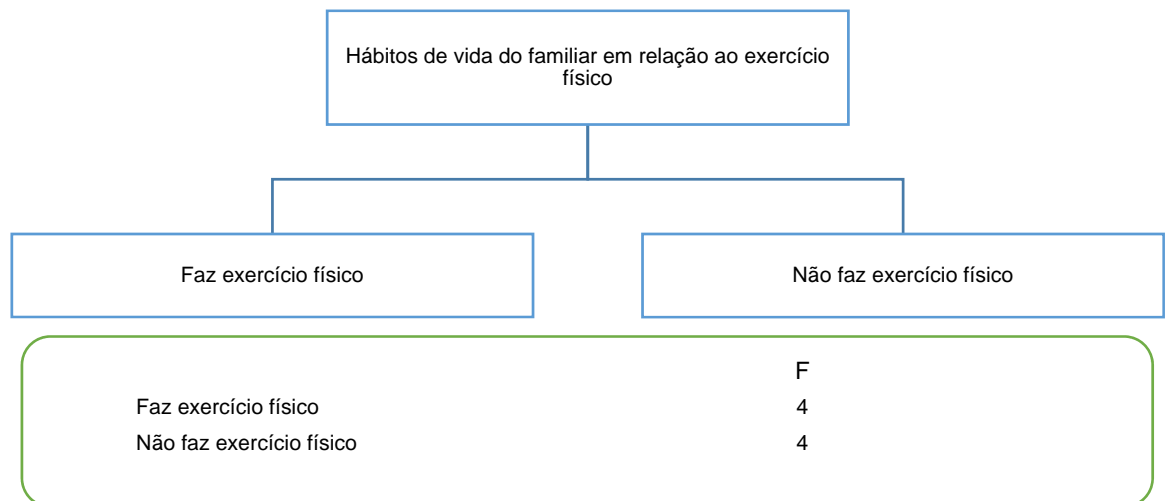


Figura 11 - Hábitos de vida do familiar em relação ao exercício físico

Em relação ao exercício físico 50% dos participantes responderam afirmativamente a esta questão: “Faz exercício normalmente duas vezes por semana além das atividades de vida diária porque tem acompanhamento de um enfermeiro de reabilitação duas vezes por semana” (E4); “Isso vai cumprindo. Faz caminhadas e hidroginástica uma vez por semana.” (E6). A outra metade respondeu que o seu familiar não cumpre as recomendações dadas pelos profissionais de saúde em relação ao exercício físico: “Nenhum, ele não faz exercício físico”(E2); “A minha mãe é muito sedentária, faz muito pouca atividade física” (E8)

As principais barreiras à adesão descritas na literatura foram a falta de competências relacionadas com o autocuidado, dificuldade de motivação e falta de apoio para mudanças comportamentais. Estas barreiras foram especialmente significativas para as intervenções destinadas a mudar hábitos e estilos de vida, mas também afetou a toma da medicação (WHO, 2003)

11. Categoria: “Interferência dos hábitos de vida na saúde”. Desta categoria foram encontradas duas subcategorias, como se ilustra a seguir.

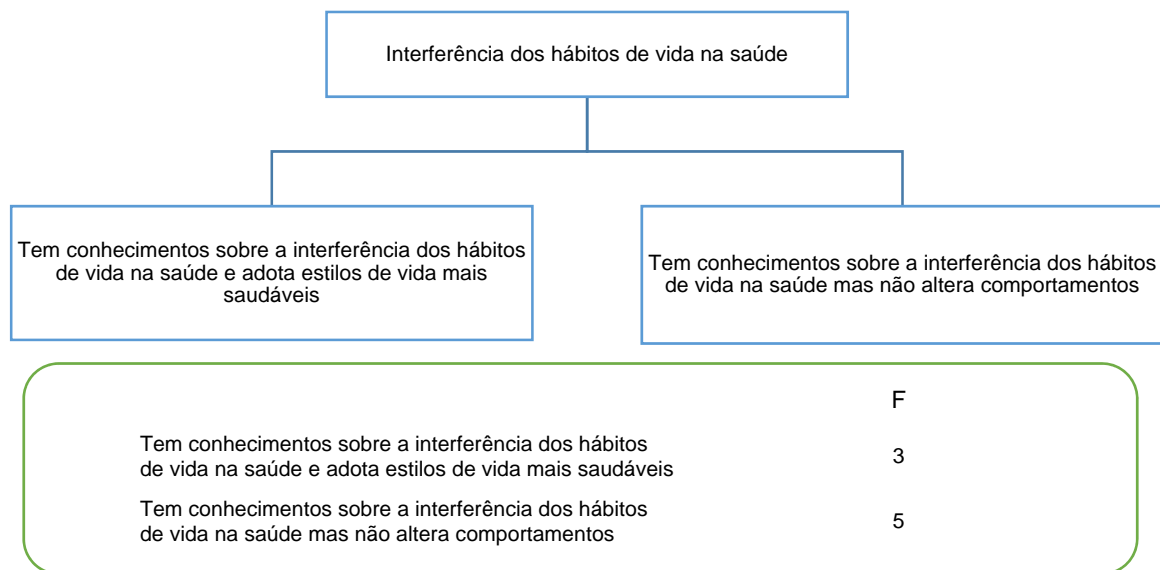


Figura 12 - Interferência dos hábitos de vida na saúde

Lunelli et al (2009), num estudo sobre indivíduos com doenças cardiovasculares concluiu que quanto maior são as alterações necessárias os doentes fazerem relativamente ao seu estilo de vida em função do tratamento (cessação tabágica, cessação consumo de álcool, restrições dietéticas, necessidade de fazer exercício físico) menor será a probabilidade de adesão ao tratamento não farmacológico.

Os nossos resultados estão em consonância com este estudo uma vez que cinco dos entrevistados responderam que o seu familiar tem conhecimentos sobre a interferência dos hábitos de vida na saúde mas não altera comportamentos: “Penso que se fizesse mais exercício físico e se não tivesse necessidade de almoçar em restaurantes podia ter mais qualidade de vida. Aliás podia ser que conseguisse reduzir a medicação. Poda ser que com hábitos de vida mais saudáveis conseguisse controlar melhor a doença.” (E5); “Se ele cortasse o álcool e o tabaco de vez de certeza estava melhor a nível de saúde. Mas pelo menos o exercício faz-lhe bem”. (E6); “A minha mãe tem conhecimento sobre o que é mais benéfico para a saúde dela mas não respeita... a questão do exercício físico não faz mas sabe que é benéfico e também sabe que faz alguns erros ou excessos na alimentação e sabe que é prejudicial para a saúde” (E8).

Apenas três responderam que tem conhecimentos sobre a interferência dos hábitos de vida na saúde e adota estilos de vida mais saudáveis sendo que dois deles não são autónomos, sendo que estão dependentes da família para a satisfação dos autocuidados e como tal, podemos inferir que essas mudanças de estilo de vida são também de certa forma

impostas e não tanto voluntárias. “Com a alimentação mais equilibrada, e como deixou de fumar e beber por exemplo as tensões dele estão muito melhor... Já só está a tomar meio comprimido uma vez por dia... e já houve alturas em que tomava dois comprimidos e mais que uma vez por dia e tinha as tensões altas na mesma...” (E7).

Apesar de grande parte da população ter interiorizado a necessidade de apresentar alterações nos seus comportamentos de risco, continua a não fazer as devidas correções alimentares, como reduzir o sal, as gorduras e as calorias. Continua, de facto, a recusar deixar de fumar ou reduzir o álcool, a não controlar os níveis de colesterol e de açúcar no sangue principalmente quando existe risco genético ou confirmação de história familiar de doença cardiovascular (DGS, 2006).

12. Categoria: “Papel da família no cumprimento das indicações terapêuticas”. Desta categoria foram encontradas duas subcategorias, como se ilustra a seguir.

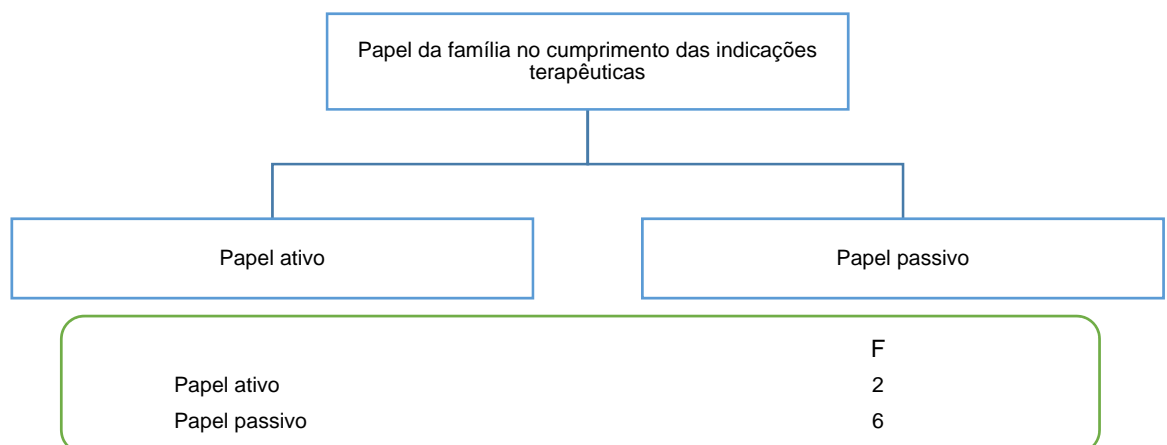


Figura 13 - Papel da família no cumprimento das indicações terapêuticas

A família tem um papel importante, nomeadamente, a pessoa significativa, ao proporcionar motivação e ao dar atenção às diversas áreas do regime terapêutico. Na adesão a comportamentos preventivos, como o exercício e a dieta, os membros da família podem influenciar positivamente a adesão (Bennett, 2002).

Constatámos, de um modo constante, que os participantes percecionam que o seu papel é um pouco limitado, que não conseguem ter uma voz ativa no que respeita ao tema da adesão: ...”acho que a opinião dos profissionais de saúde conta muito mais (que a opinião da família)” (E1); “Eu gostava de ter um papel importante, era sinal que ele me dava ouvidos...

mas ele só faz o que quer..” (E6); “É complicado mudar mentalidades, são pessoas com os seus costumes, com os seus hábitos e é difícil conseguir... eles são muito autónomos é difícil interferir e alterar esses hábitos” (E8); ...”efetivamente falo, vou insistindo mas não tenho tido muito sucesso nessa...nessa influência... acho que não estou a conseguir desempenhar o meu papel ou simplesmente ele não me está a deixar ter algum papel... alguma voz ativa nesse campo” (E5)

Apenas dois participantes consideram que se sentem parte integrante do plano terapêutico do seu familiar e que têm um papel ativo no cumprimento das indicações terapêuticas: “Ora bem, eu vou estando atenta... na alimentação e em dar-lhe os medicamentos a horas” (E3); “Eu controlo tudo... ele às vezes zanga-se comigo, chama-me “chata”... mas eu quero que ele melhore” (E7).

A perspetiva dos familiares dos doentes dependentes sobre o seu papel na adesão terapêutica é bastante diferente da perspetiva dos familiares de doentes autónomos. Os primeiros consideram o seu papel fulcral no processo de melhoria do seu familiar enquanto os segundos muitas vezes se sentem excluídos deste processo.

13. Categoria: “Suporte social”. Desta categoria foram encontradas duas subcategorias, como se ilustra a seguir.

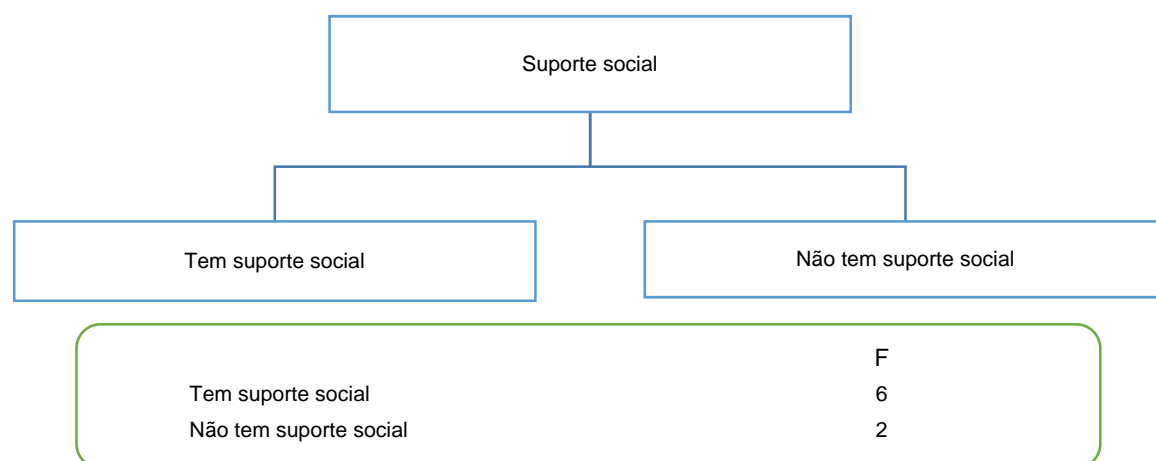


Figura 14 - Suporte social

O apoio social, seja ele formal ou informal, recebido por doentes através de outros membros da sua comunidade tem sido consistentemente relatado como um fator importante que afeta os resultados e comportamentos de adesão (WHO, 2003).

Na nossa amostra grande parte dos participantes referiram que o seu familiar tem suporte social: “Tem muito apoio social... amigos até são demais... por causa dos amigos é que ele se estraga mais. Quando está com eles fuma e bebe muito mais...” (E6); “Tem muito apoio da família, os amigos, esses foram desaparecendo aos poucos depois da situação de dependência. Quando era para o chamarem para os copos não faltavam amigos, agora não há nenhum...” (E7).

Dois participantes referiram que o único apoio social do seu familiar são mesmo eles próprios, os elementos da família: “Precisava de mais... quer dizer só sai um bocadinho ao domingo com o filho” (E3); “Não, muito pouco. Saídas só mesmo connosco”...(E4)

Capítulo 6 - Síntese Integrativa

Neste capítulo apresentamos uma síntese integrativa dos dados obtidos nos dois estudos apesar de cada estudo (estudo 1 e estudo 2) ter investigado informações de forma diferente (quantitativa e qualitativa) consideramos que se complementam de certa forma e que a informação obtida fortaleceu o estudo, dando resposta ao conjunto das questões de investigação formuladas.

Adesão terapêutica

Os resultados observados no estudo qualitativo estão em consonância com os obtidos no estudo quantitativo no que diz respeito a percentagem de doentes aderentes ao regime farmacológico. Em ambos os estudos a percentagem de adesão rondou os 50%.

Adesão às medidas não farmacológicas

No que diz respeito às medidas de adesão não farmacológicas os resultados obtidos nos dois estudos diferem um pouco. Em relação ao consumo de álcool no estudo 1, 51,8% da amostra confirmou ingerir bebidas alcoólicas e no estudo 2, 5 dos 8 entrevistados referiram que o seu familiar ingere bebidas alcoólicas. A maior média de consumo verificou-se no estudo 2. Um motivo que possa ter contribuído para esta diferença é o facto de no estudo 2, não ser o próprio a responder.

O desejo de agradar ou de evitar a desaprovação, leva a que os doentes enviessem frequentemente as suas respostas para se mostrarem a eles próprios e sobretudo aos outros, como mais aderentes do que realmente são (Delgado & Lima, 2001).

Por outro lado, dada a complexidade do processo de adesão e as várias formas de o definir e medir, não podemos considerar que os resultados obtidos sejam completamente fiáveis.

Quanto ao tabaco, no estudo 1, 7,3% da amostra assinalou manter hábitos tabágicos e no estudo 2 apenas 1 inquirido respondeu de forma afirmativa.

Dados mais preocupantes chegam-nos através da questão sobre o exercício físico em que em ambos os estudos, mas mais pronunciado no estudo 1, as taxas de adesão a estas

mudanças comportamentais são baixas. Apenas 35,5% dos participantes do estudo 1 afirmam praticar exercício físico.

Nos hábitos alimentares, a situação de adesão a estilos de vida mais saudáveis mantém o mesmo padrão do exercício físico. No estudo 1, a percentagem de respostas “Tenho uma alimentação muito saudável” situa-se nos 30,9%. No estudo 2 ronda os 50%. A dificuldade em quantificar o quanto uma refeição é efetivamente saudável e qual a crença que cada um tem sobre esta temática leva-nos sempre a questionar estes dados.

Polimedicação

No que diz respeito à perceção dos participantes dos dois estudos em relação à quantidade de comprimidos tomados, no estudo 1, 47,3% considera que são excessivos e no estudo 2, a resposta foi semelhante.

Efeitos indesejados

Os resultados observados no estudo qualitativo diferem um pouco dos obtidos no quantitativo no que diz respeito aos efeitos indesejados. No estudo 1, 38,2% da amostra refere já ter apresentado algum tipo de efeito colateral com a medicação. Os dados encontrados no estudo 2 evidenciam que os entrevistados dividiram as suas opiniões entre a presença de efeitos indesejados mas sem associação específica a algum medicamento, a ausência de efeitos indesejados e ainda a presença associada a algum fármaco.

Apoio social

Em relação ao apoio social os dados são convergentes, em ambos os estudos cerca de 75% dos participantes referem que o apoio social está presente.

Capítulo 7 - Considerações finais

Acreditamos, que este trabalho é o início de uma longa caminhada para a compreensão do fenómeno da adesão terapêutica nas pessoas com patologia cardíaca. Temos também a pretensão que este estudo possa servir para alertar outros profissionais de saúde para esta problemática.

Através do quadro conceptual, verificamos que o plano terapêutico da pessoa com patologia cardíaca caracteriza-se pela sua complexidade e pelas variadas vertentes. Além do tratamento farmacológico, há todo um conjunto de estilos de vida saudável que são de extrema importância, nomeadamente a cessação tabágica, cessação de consumo de álcool, a prática de exercício físico e a adoção de uma alimentação saudável

Constatamos que, a percentagem de adesão terapêutica farmacológica da nossa amostra foi de 51,8%, contudo, os participantes apresentaram dificuldades significativas em aderir às indicações terapêuticas não farmacológicas.

Perante uma situação de doença, a pessoa é confrontada com múltiplos desafios, que exigem dela capacidade de adaptação, capacidade para mobilizar determinados recursos e ainda capacidade para se auto cuidar, o que implica gerir o seu regime terapêutico.

De uma forma genérica a caracterização da amostra é a seguinte: a maioria dos participantes era do género masculino, com uma média de idade de 67 anos, com companheiro, com habilitações literárias até ao ensino básico, não ativo a nível profissional, com um rendimento mensal inferior ao ordenado mínimo, e que residia em meio rural.

Em relação à patologia cardíaca, a maioria dos participantes apresentava IC, com presença de doenças associadas, sendo que, a mais frequente é a HTA seguida da dislipidémia os medicamentos mais consumidos foram os anti hipertensores, não consideravam o número de comprimidos excessivos e referiram não ter apresentado efeitos secundários.

A maioria consumia bebidas alcoólicas mas não apresenta hábitos tabágicos. Não pratica exercício físico, sofre de stresse diariamente e tem uma alimentação moderadamente ou pouco saudável.

Recebe apoio social, tanto na vertente afetiva como confidencial sendo este último preditor da adesão terapêutica.

Segundo um conjunto alargado de estudos que foram enumerados ao longo do trabalho, existem inúmeros determinantes de adesão, decorrentes de aspetos relacionados com a doença/tratamento e de aspetos relacionados com o indivíduo. Quanto aos determinantes relacionados com a doença e ao tratamento são referidos como mais prevalentes: o tipo de doença, custos do tratamento; tipo de prescrições; a complexidade do tratamento, e efeitos secundários do tratamento e a falta de obtenção de resultados positivos. Quanto aos determinantes relacionados com o indivíduo podemos salientar as crenças pessoais acerca dos fármacos e da própria doença, a presença ou não de apoio familiar e social, as condições económicas entre outros.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009), não existe uma forma única de promover a adesão aos tratamentos. É imprescindível educar os doentes acerca das suas patologias crónicas, dos benefícios dos tratamentos e das complicações que podem surgir se eventualmente não cumprirem o regime terapêutico. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que se encontram em situação privilegiada para desenvolver junto dos utentes os planos de gestão do tratamento. O doente e família necessitam de ser envolvidos de forma ativa no tratamento e nos resultados esperados. “A melhoria da adesão irá exigir a cooperação contínua entre os profissionais de saúde, investigadores, responsáveis pelas políticas, famílias e, mais importante que tudo, o doente” (OE, 2009).

Neste seguimento, os resultados do estudo e a revisão de literatura realizada, sobre o fenómeno da adesão, permitem que se sugira uma intervenção individual de reforço de informação sobre a promoção da saúde relativamente ao regime alimentar e ao exercício físico, como terapia coadjuvante no tratamento e manutenção da saúde nas pessoas com patologia cardíaca, juntamente com a terapêutica medicamentosa.

Assim, podemos afirmar que uma das formas de na prática tentarmos melhorar as taxas de adesão ao tratamento passa pelo aperfeiçoamento da nossa comunicação enquanto profissionais de saúde de forma a transmitir adequadamente a informação ao doente e incutir-lhe o sentido de responsabilidade pelo seu autocuidado e pela participação ativa no processo de tratamento da doença.

Limitações do estudo

Como limitações ao estudo podemos apontar que as amostras em estudo são diminutas o que pode levar ao enviesamento dos resultados

Uma das formas de não adesão terapêutica é faltar às consultas e esses doentes ficaram “excluídos” do estudo uma vez que os questionários foram aplicados aquando das consultas de seguimento.

No que diz respeito à aplicação dos questionários, poderão ter existido algumas limitações relacionadas com a possibilidade de incongruência entre o que os inquiridos responderam e o que efetivamente fazem na prática.

O desejo de agradar ou de evitar a desaprovação, leva a que os doentes enviessem frequentemente as suas respostas para se mostrarem a eles próprios e sobretudo aos outros, como mais aderentes do que realmente são Delgado & Lima (2001).

O facto de ser critério de inclusão já ter tido pelo menos um internamento no serviço de cardiologia pode ser condicionante destas pessoas terem maior noção da gravidade das patologias e das consequências que delas podem advir. Mas existe imensas pessoas com patologia cardíaca, que fazem medicação e nunca tiveram um internamento.

Outra limitação é a ausência de informação sobre o tempo decorrente desde o diagnóstico da doença. Estudos referem que na fase inicial do regime terapêutico os níveis de adesão tendem a ser elevados podendo chegar aos 90%, sendo que, com o decorrer do processo particularmente com o desaparecimento dos sintomas, o sentimento de ameaça desaparece facto que tende a tornar o ser humano menos metódico no cumprimento do regime terapêutico, momento em que as taxas de cumprimento baixam até aos 50% (Silva, 2010).

Por outro lado estes critérios de inclusão inviabilizam uma generalização dos resultados porque não é representativa de todos os doentes com patologia cardíaca. Assim seria pertinente numa investigação futura serem incluídas pessoas com patologia cardíaca sem internamento prévio e que o local da colheita de dados não fosse a consulta de modo a aumentar a fidelidade e fiabilidade dos resultados obtidos.

Implicações do estudo

Este estudo trouxe uma pequena contribuição para a problemática da adesão terapêutica e como implicações para a prática sugerimos que os enfermeiros, através do conjunto de competências que possuem, possam aquando do planeamento da alta hospitalar e depois no acompanhamento do doente quando este já se encontra no seu domicílio capacitar o doente e seus familiares, através da transmissão de informação acerca da sua condição de saúde, principais sinais e sintomas a que devem estar atentos, importância da adesão ao regime terapêutico e da adoção de estilos de vida saudáveis.

Para uma melhor operacionalização do que foi referido sugeríamos a concretização da consulta de enfermagem na qual fosse possível a continuidade das estratégias iniciadas durante o internamento e a avaliação da sua eficácia, monitorização da adesão terapêutica e reforço dos ensinamentos sobre a importância de adoção de estilos de vida saudáveis.

Referências Bibliografias

- Albert, N. M. (2008). Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Critical Care Nurse*, vol. 28 (5), p. 54-64.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Braunwald E. (2006). *Harrison Medicina interna 16.ed*. Rio de Janeiro. McGraw - Hill interamericana do Brasil Ltda
- Broadhead, W.E. et al. (1988). Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*. 26(7), p.709-23
- Brunner & Suddarth (2002). *Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan
- Bugalho A. & Carneiro A.V. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência: Faculdade de Medicina de Lisboa
- Cabral, M. V. & Silva, P.A. (2010) - *A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa perante as Prescrições Médicas*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Caldeira et al (2014). Impacto da frequência posológica na adesão terapêutica em doenças cardiovasculares crônicas: revisão sistemática e meta-análise. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Vol. 33 (7-8). p. 431-437. Elsevier España. doi.org/10.1016/j.repc.2014.01.013
- Carrageta, M. (2016). *Fundação Portuguesa de Cardiologia*. Acedido em: <http://www.fpcardiologia.pt/fibrilhacao-auricular/>

- Carvalho, A. C. C. & Sousa, J. M. A. (2001). Cardiopatia isquémica. Revista Brasileira de Hipertensão. Vol 8, p. 297-305
- Catarino C. (2014). A Doença Coronária. Fundação Portuguesa de Cardiologia. acessado em: <http://www.fpcardiologia.pt/a-doenca-coronaria/>
- Coleta M.F. D. (2010). Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. Mudanças – Psicologia da Saúde. vol 18. P. 69-78.
- Cubero, J.S. et al. (2004). Heart Failure: Etiology and Approach to Diagnosis. Revista Española de Cardiologia, Vol 57(3): p.250-259. acessado em: <http://www.revespcardiol.org/en/heart-failure-etiology-and-approach/articulo/13059210/>
- Delgado A. B. & Lima M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Revista da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa. Vol. 2, n.º 2, p.81-100.
- Direcção-Geral da Saúde (2006). Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Lisboa. Ministério da Saúde
- Duarte T. (2009). A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). Lisboa. CIES e-Working Papers
- European Society of Cardiology (2012a). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. acessado em: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2012/05/02/eurheartj.ehs092>
- European Society of Cardiology (2012b). European Heart Health Charter. acessado em: <http://www.heartcharter.org/read-charter/default.aspx>

- European Society of Cardiology (2012c). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart Journal* (2012) 33, 1787–1847.
Acedido em: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/33/14/1787.full.pdf>
- Everson-Rose & Lewis (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annual review of public health*. Vol 26
- Fielding, N. & Schreier, M. (2001). Introduction: On the Compatibility between Qualitative and Quantitative Research Methods. *Forum: Qualitative Social Research*. vol 2 N°1 Art 4
Acedido em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/965/2106>
- Figueiras M.J. et al (2007). Crenças de senso comum sobre medicamentos genéricos vs. medicamentos de marca: Um estudo piloto sobre diferenças de género. *Análise Psicológica*. Vol 3 p. 427-437. Acedido em:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a09.pdf>
- Fisher N. D. L. & Williams G. H. (2006). *Harrison Medicina interna* 16.ed. Rio de Janeiro: McGraw - Hill interamericana do Brasil Ltda
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fontana, A. & Frey, J., (1994). Interviewing: the art of science. In N. Denzin Y. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (pp. 361-376). Newsbury Park: Sage.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Giroto et al (2013). Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciências saúde coletiva* vol.18 (6). Rio de Janeiro.
- Harvard Medical School (2011). Sabe o que é a doença coronária? Acedido em:
<https://hmsportugal.wordpress.com/2011/05/16/sabe-o-que-e-a-doenca-coronaria/>

- Ho, P.M. et al (2009). Medication Adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*. 119 (23): 3028-35.
- Horne, R. et al (2013). Understanding Patients' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns Framework. *PlosOne* vol 8(12)
- Janz N.K. & Becker M.H.(1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*. p. 1-47
- Jin, J., Sklar, G. E., Oh, M. S. V., & Li, C. S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.*, Vol. 4(1), p. 269-286
- Lunelli, R. et al (2009). Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol 22
- Macedo, A. & Rosa, F. (2010). O Síndrome coronário agudo nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Medica Portuguesa*. II Série. p.213 – 222.
- Macedo, M.E (2009). Ciclo de formação avançada em Cardiologia - Sociedade Portuguesa de Cardiologia, p. 69-70.
- Marôco, J. P.(2011).- *Análise Estatística com a utilização do SPSS. (5ª Ed.)* Pero Pinheiro. ReportNumber, Lda
- Matsukura, T. S., Marturano, E. M., Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Ribeirão Preto: Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.10, n. 5, p. 675-681.
- Mendes, M.L.S. (2004). *Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença As Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde*. Universidade do Minho Instituto de Ciências Sociais Mestrado em Sociologia Área de Especialização em Saúde.

Acedido em:

<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/953/2/Tese%20Mestrado.pdf>

Moreira, H.G. (2009). Nova Diretriz Europeia para Síndrome Coronariana Aguda Sem Supra de ST. American college of cardiology.

Newby D.E. & Grubb N.R. (2005). Cardiologia- Algés: euromédice, Edições médicas Lda.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ®) acedido em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cipe_adesaotratamento.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a prática de enfermagem – do original “ICNP Version 2 – Internacional classification for nursing practice”. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Pereira, M. G. & Silva, N. S. (1998). Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos. Avaliação Psicológica. Formas e Contextos, 5, 52-57

Pestana, M. H., Gageiro, J.N. (2005). Análise dos dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pietrukowicz, M. C. L. C. Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. (2001). Rio de Janeiro,. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajectos (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, J. L.P. (2007). – Introdução à psicologia da saúde. 2ª ed. Coimbra: Quarteto

Santos, R. et al. (2010). Adesão à terapêutica em doentes com patologia cardíaca. Nursing. Lisboa. Ano 22, nº 258, p. 11-20

Sorensen & Luckmann (1998). *Enfermagem Fundamental- Abordagem psicofisiológica*.

Lisboa. Lusodidacta. p. 398- 407

Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*.

Avançando o Imperativo Humanista. Loures: Lusociência.

Vermeire, E., et al (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research - A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, Vol 26(5), p.331-342.

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*.

World Health Organization. Acedido em:

http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

Wu, J. R., Lennie, T. A., Chung, M. L., Frazier, S. K., Dekker, R. L., Biddle, M. J., & Moser, D. K. (2012). Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Heart & Lung*, Vol. 41(2), p. 107-114. doi:10.1016/j.hrtlng.2011.09.009

Anexos

Anexo 1 - Autorizações para a realização do estudo



Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
Unidade de Inovação e Desenvolvimento
 Centro de Ensaios Clínicos

AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

CHUC	014	16
------	-----	----

NOME DO PROJECTO:

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA COM PATOLOGIA
 CARDÍACA NA SUA PERSPETIVA E DA FAMÍLIA**

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Enf.^a Helena Cristina Soares Oliveira

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 5, 7, 16

Presidente do Conselho de Administração

Dr. José Martins Nunes

Presidente do Conselho de Administração
 C.H.U.C. - EPE


 (Dr. José Martins Nunes)



Unidade de Inovação e Desenvolvimento
Centro de Ensaios Clínicos

C.H.U.C. - Conselho de Administração

23-06-2016

9.3

Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

Exm.º Senhor
Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
EPE

13/06/2016

Ref.º: CHUC-014-16

A pedido de **Enf.ª Helena Cristina Soares Oliveira**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre **"ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA COM PATOLOGIA CARDÍACA NA SUA PERSPETIVA E DA FAMÍLIA"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer favorável da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

PIª A Directora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - EPE	
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	
Reg. N.º	5143 PCA
Origem	
Data	15.6.2016

Anexo 2 - Consentimento informado questionário

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso Mestrado em Enfermagem Medico-Cirurgica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “Adesão ao regime terapêutico da pessoa com patologia cardíaca: percepção do próprio e da família” e cujo objetivo principal é Determinar a prevalência da adesão ao regime terapêutico da pessoa com patologia cardíaca e identificar os fatores que influenciam essa mesma adesão. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este (a) questionário.

Mais informamos que serão colhidos dados do seu processo clínico no que diz respeito a tipo de patologia, doenças associadas e medicação habitual.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

(localidade),

Data: _____

Nome: _____

Assinatura do participante _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome: _____

BI/CD n.º: _____, data/validade _____ / _____

Morada: _____

a. Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador Helena Cristina Soares Oliveira

Assinatura _____

Anexo 3 - Questionário

Data: ____/____/____

Questionário nº: _____

A. Variáveis Sociodemográficas

1. Idade: ____ anos
2. Género:
- Masculino
 - Feminino
3. Estado Civil:
- Solteiro
 - Casado/ união de facto
 - Viúvo
 - Divorciado
4. Habilitações literárias:
- Não sabe ler nem escrever
 - Ensino primário
 - Ensino básico
 - Ensino secundário
 - Ensino superior
5. Situação laboral:
- Trabalhador por conta própria
 - Trabalhador por conta de outrem
 - Doméstica/o
 - Estudante
 - Desempregado/a
 - Baixa médica
 - Reformado/a
5. a) Profissão: _____
6. Rendimento bruto mensal:
- Inferior a 490 €
 - Entre 490 e 980 €
 - Entre 980 e 1470 €
 - Entre 1470 e 1960 €
 - Superior a 1960 €
7. Considera que possui condições económicas mínimas necessárias para tratar a sua doença (por exemplo: para medicação, transporte para as consultas):
- Sim
 - Não
8. Área de residência:
- Área Urbana (vila, cidade)
 - Área rural (aldeia)
9. Com quem vive :
- Sozinho/a
 - Conjugue/ companheiro
 - Conjugue/ companheiro e filhos
 - Com filhos
 - Com outros familiares
 - Com amigos
 - Com outras pessoas numa instituição

B. Variáveis Clínicas

1. Tipo de patologia cardíaca

- Insuficiência Cardíaca
- Enfarte miocárdio
- Angina Instável
- HTA
- Outra: _____

2. Doenças associadas:

- Sim
- Não

Se sim, qual: _____

3. Medicação habitual?

- Anti-agregantes plaquetários ou Anti-coagulante
- Beta-bloqueantes
- Diuréticos
- Anti-arrítmicos
- Anti-hipertensores
- Estatinas
- Anti-diabéticos orais e/ou insulina

4. Teve internamentos anteriores?

- Sim
- Não

Se sim, quantos: _____

C. Variáveis relacionadas com a adesão aos tratamentos (MAT)

C1. Escala de Medida da Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença?

Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da sua medicação?

Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença, por sua iniciativa, após ter sentido pior?

Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos, para a sua doença, por sua iniciativa, após ter sentido pior?

Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase Sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. Conhecimento e percepção sobre a medicação e estilos de vida saudável

Sobre a medicação que habitualmente faz no domicílio responda às seguintes questões:

1. Qual o efeito que se pretende com a medicação que toma?

- Tornar o sangue mais fluído
- Baixar a frequência cardíaca
- Para urinar mais
- Controlar a arritmia
- Baixar a tensão arterial
- Controlar o colesterol
- Controlar os diabetes

2. Número total de comprimidos que toma por dia?

_____ comprimidos por dia.

3. Considera excessivo o número de comprimidos que tem de tomar por dia?

- Sim
- Não

C2. Conhecimento e percepção sobre a medicação e estilos de vida saudável (Continuação)

4. Acha o esquema terapêutico muito complicado?

- Sim
 Não

5. Apresentou algum efeito indesejado com a medicação?

- Sim
 Não

5. a) Se sim, quais?

- Palpitações
 Fraqueza/fadiga
 Cefaleias
 Náuseas
 Impotência/ Frigidez
 Equimoses
 Alterações intestinais
 Outras: _____

5. b) Associa esses efeitos a algum medicamento?

- Sim
 Não

5. c) Se sim, qual?

6. Quanto costuma gastar mensalmente com a medicação?

- Não sabe
 Sem custos
 Até 40 €
 Entre 41 e 80€
 Mais de 81 €

7. Costuma ingerir bebidas alcoólicas?

- Não
 Sim, raramente (1-2 vezes por mês)
 Sim, só em festas
 Sim, só ao fim de semana
 Sim, todos os dias

7. a) Se sim, qual a quantidade diária de bebida

- Até 1-2 copos
 Até 1 litro
 Até 2 litros
 Mais de 2 litros

8. Pratica exercício físico?

- Sim
 Não

8. a) Se sim, quantas vezes?

- Ocasionalmente
 1 vez por semana
 2-3 vezes por semana
 4-5 vezes por semana
 6-7 vezes por semana

8. b) Duração de cada sessão?

- Menos de 25 minutos
 25-35 minutos
 35-45 minutos
 Mais de 45 minutos

8. c) Refira qual ou quais as actividades que pratica?

9. Costuma fumar?

- Não
 Sim, ocasionalmente
 Sim, menos de 5 cigarros por dia
 Sim, entre 5 a 10 cigarros por dia
 Sim, entre 10 a 20 cigarros por dia
 Sim, mais de 20 cigarros por dia

10. Considera que sofre de stress diariamente? (STRESS)

- Sim
 Não

11. Quando pensa no tipo de alimentação que tem, como crê que seja?

- Muito saudável
 Tão saudável como o recomendado
 Moderadamente saudável
 Ligeiramente saudavel
 Pouco ou nada saudável

C3. Escala de crenças acerca dos medicamentos**PARTE II**

1 - Concordo totalmente
2- Concordo

3 - Não tenho a certeza
4- Discordo

5- Discordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ter que tomar medicamentos preocupa-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A minha vida seria impossível sem medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sem medicamentos eu estaria muito doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Os meus medicamentos são um mistério para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os meus medicamentos impedem que eu fique pior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4. Escala de apoio social

Questionário DUKE-UNC

1 - Muito menos do que desejo
2- Menos do que desejo

3 - Nem muito nem pouco
4- Quase como desejo

5- Como desejo

	1	2	3	4	5
1. Recebo visitas dos meus amigos e familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Recebo ajuda em assuntos relacionados com a minha casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Recebo elogios e reconhecimento quando faço algo bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tenho pessoas que se preocupam com o que se passa comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Recebo amor e afecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tenho possibilidade de falar com alguém dos meus problemas no trabalho ou em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tenho possibilidade de falar com alguém dos meus problemas pessoais e familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tenho possibilidade de falar com alguém dos meus problemas económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Recebo convites para sair com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Recebo conselhos úteis quando tenho algum acontecimento importante na minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Recebo ajuda quando estou doente na cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 4 - Consentimento informado entrevista

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso Mestrado em Enfermagem Medico-Cirurgica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema Adesão ao regime terapêutico da pessoa com patologia cardíaca: percepção do próprio e da família” e cujo objetivo principal é Determinar a prevalência da adesão ao regime terapêutico da pessoa com patologia cardíaca e identificar os fatores que influenciam essa mesma adesão. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a esta entrevista.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo: (localidade),

Data:

Nome: _____

Assinatura do participante _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome: _____

BI/CD n.º: _____, data/validade ____/____/____

Morada: _____

a. Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador Helena Cristina Soares Oliveira

Assinatura _____