



COD: \_\_\_\_\_

## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

**Investigador Principal:** António Madureira Dias

**Investigadores Colaboradores:** Ana Catarina Couto Cardoso, José Artur Reis Pimentel, José Paulo de Almeida Silva, Ana Rita C. Duarte e Maria Amélia dos Santos Lopes

Reconheço que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar. Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.

Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Pelo presente documento, declaro que autorizo participar no estudo. Preenchendo o questionário que se segue, para recolha de dados.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



COD: \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO

Os estudantes do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, estão a desenvolver um trabalho sobre *Determinantes da Adesão Terapêutica do Doente com Cardiopatia Isquémica*. Como tal solicitamos a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Assim sendo:

- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

Gratos pela sua colaboração e disponibilidade prestada.

## VARIAVEIS DE CLÍNICAS (DADOS DO PROCESSO CLÍNICO)

Nº do Processo: \_\_\_\_\_

1 - Diagnóstico clínico:  EAM       Angor Instável       Outro \_\_\_\_\_

2 - Admissão: VIA VERDE -  Sim       Não

3 - Em que ano ocorreu a sua doença? \_\_\_\_\_

3.1 - Este foi:  1º episódio  
 2º episódio  
 3º episódio

4 - Factores de risco:  Sim       Não

4.1 - Se sim, Qual?  HTA       Diabetes       Dislipidémia  
 Tabagismo       Alcoolismo       Obesidade  
 Sedentarismo       Stress

5 - Tem um familiar com doença cardíaca?  Sim       Não  
Se sim, qual o grau de parentesco? \_\_\_\_\_

6 - Localização do enfarte:  Inferior       Anterior       Outros. Quais? \_\_\_\_\_

6.1 - Tipo de enfarte:  Com supra ST       Sem supra ST       Outros. Qual? \_\_\_\_\_

6.2 - Extensão da lesão:  Sem doença  
 Doença de 1 vaso  
 Doença de 2 vasos  
 Doença de 3 vasos  
 Doença do tronco comum

7 - Tratamento:  Fibrinólise       Angioplastia Primária       Conservador       Cirurgia

8 - Exames complementares: Prova de esforço:  Sim       Não  
Se sim, qual o resultado: \_\_\_\_\_

Coronariografia:  Sim       Não  
Se sim, qual o resultado: \_\_\_\_\_

Ventriculografia:  Sim       Não  
Se sim, qual o resultado: \_\_\_\_\_

Holter:  Sim       Não  
Se sim, qual o resultado: \_\_\_\_\_

Outros Exames Comp: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. Resultado: \_\_\_\_\_

9 - Medicação (Domicílio):  IECAS       Anti-agregante Plaquetário       Estatinas        $\beta$ -bloqueador  
 Outros. Quais? \_\_\_\_\_

## VARIAVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

1 - Idade: \_\_\_\_anos

2 - Sexo:  Masculino  
 Feminino

3 - Estado Civil:  Solteiro  
 Casado  
 Viúvo  
 Outro \_\_\_\_\_

4 – Profissão \_\_\_\_\_

4.1 - Actualmente que é a sua Situação laboral:  Empregado  
 Desempregado  
 Baixa médica  
 Reformado

5 - Escolaridade:  Não sabe ler nem escrever  
 Nunca andou na escola, mas sabe ler e escrever  
 Escola primária  
 Ciclo preparatório  
 Escola secundária  
 Ensino superior  
 Outro, Qual? \_\_\_\_\_

6 - Residência:  Aldeia  
 Vila  
 Cidade

7 - Rendimento mensal (líquido):  Inferior a 485 €  
 Entre 486 a 970 €  
 Entre 971 a 1455 €  
 Superior 1456 a 1940 €  
 Superior a 1941 €

8 - Como é que se sente em relação à sua situação financeira?  Confortável  
 Tenho algumas dificuldades  
 Tenho o suficiente para as necessidades  
 É muito problemática

9 - Com quem vive:  Com o cônjuge/companheiro(a)  
 Com a família restrita (marido, esposa e filhos)  
 Com a família alargada (filhos, marido, esposa, pais, sogros)  
 Sozinho(a)  
 Num lar

## VARIAVEIS SOCIOFAMILIAR

ESCALA DE APGAR FAMILIAR - SMILKSTEIN (1978) *cit. in* AZEREDO e MATOS (1989)

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1) Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Está satisfeito com a forma como a sua família discute assuntos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT)** (Delgado e Lima, 2001)

	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente
1. Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença?	<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?	<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?	<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 se ter sentido pior?	<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 se ter sentido pior?	<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?	<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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SIMS**

HORNE, HANKINS&JENKINS (2001) - Versão experimental, MCINTYRE & TROVISQUEIRA (2004)

	Informação Recebida:			Não recebi Informação	Não acho necessário ter informação
	Demasiada	Ideal/Suficiente	Pouca		
1. Para que serve a sua medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quanto tempo demora a ter efeito a medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Por quanto tempo terá de tomar a medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Como tomar a medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Como conseguir mais medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se a medicação tem efeitos indesejáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O que deve fazer se sentir efeitos indesejáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se pode beber álcool enquanto toma esta medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se a medicação interfere com outra medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se a medicação o faz sentir sonolento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se a medicação vai afectar a sua vida sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. O que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## RELAÇÃO DOENTE/PROFISSIONAL DE SAÚDE

### 1 - Qual é o profissional de saúde que mais o informa / esclarece em relação à doença, a medicação e o tratamento?

- Enfermeiro  
 Médico  
 Farmacêutico  
 Outro. Quem \_\_\_\_\_

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Na relação com os profissionais de saúde valorizo a atenção personalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quando iniciei a medicação para a doença cardíaca foi-me explicado porque é importante tomar a medicação exactamente como planeado (horários, doses, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Não me foi dado o tempo que necessitava para a consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tenho receio em fazer perguntas e pedir esclarecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Na relação com os profissionais de saúde valorizo uma comunicação clara e compreensível que me permita conhecer a doença e tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Foram-me respondidas todas as questões que me preocupam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Foi-me dado um plano detalhado sobre a forma como devo tomar os medicamentos (horários, doses, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os objectivos dos exames e tratamentos foram-me devidamente explicados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tenho falta de confiança nos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Foram-me colocadas várias opções de tratamento de forma a poder escolher a que melhor se adapta a mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento em relação aos medicamentos que tomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. As minhas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado não foram ouvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Foram-me explicadas as vantagens do tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Não me foi explicada a forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As minhas dificuldades e preocupações relativamente ao tratamento planeado foram compreendidas pelos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento relativamente aos efeitos secundários dos tratamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Não fui motivado para seguir o tratamento prescrito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Fui tratado atenciosamente e de forma personalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Fui esclarecido sobre as medidas a tomar caso falha-se uma toma/dose de medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. O profissional de saúde não teve em conta a minha opinião relativamente à globalidade do tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Durante a consulta não presto a atenção devida quando me explicam os tratamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para ouvir as minhas preocupações e dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Entendi as vantagens do tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Foram-me transmitidos os riscos que posso correr se não tomar a medicação tal como planeado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para esclarecerem as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. As informações que me foram dadas acerca da doença e tratamento foram transmitidas numa linguagem perceptível e clara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Foi-me explicado detalhadamente para que serve cada medicamento que tomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sinto que os profissionais de saúde estão disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>