

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



## **AGRADECIMENTOS**

As palavras parecem sempre insuficientes quando nos propomos a descrever com elas o que nos vai na alma. Para se realizar um trabalho, por muito modesto que seja, não se pode realizar apenas com o esforço de uma única pessoa. Assim, quero aqui expressar o meu agradecimento a todos aqueles que com o seu conhecimento, disponibilidade e apoio contribuíram para a realização deste trabalho.

Reconheço que seria impossível percorrer sozinha o percurso de todo este processo. Felicito-me por ter encontrado pessoas especiais que contribuíram para que fosse possível concluir este empreendimento. Existem no entanto, alguns agradecimentos especiais que não posso deixar de reforçar.

Ao Professor Doutor Carlos Albuquerque, estou imensamente agradecida pela preciosa orientação, imprescindível para a realização deste trabalho, pela confiança em mim depositada para o realizar e por todo o apoio, dedicação, disponibilidade e incentivo que sempre me dispensou durante o percurso de realização do mesmo.

Um especial agradecimento aos médicos, enfermeiros especialistas e fisioterapeutas que anuíram participar neste estudo.

Aos meus pais, pilares na minha vida, pelo carinho e dedicação incondicionais, pois sem eles não seria possível isto acontecer.

Ao Rafa, pelo amor e afeto que nos une, pelo apoio incondicional, paciência e ajuda que me ofereceu.

Um agradecimento muito especial à Fernanda, pela preciosa ajuda durante toda a realização deste trabalho.

Por fim a todos aqueles que tenho a certeza de estar a omitir, mas que contribuíram de forma direta ou indireta para este trabalho.

**A todos Muito Obrigada.**

*“A grandeza de uma profissão é talvez,  
antes de tudo, unir os homens: não há  
senão um verdadeiro luxo e esse é o das  
relações humanas”.*

*Antoine de Saint-Exupéry*

## RESUMO

**Introdução** – A adesão aos programas de reabilitação constitui uma fonte de preocupação transversal a todos os profissionais de saúde. Com o evoluir dos tempos o utente deixou de ter um papel passivo relativamente às prescrições médicas e passou a ter uma responsabilização individual pelo seu estado de saúde e controlo da sua doença. Porém, a taxa de incumprimentos continua ainda particularmente elevada. Nestaperspectiva, o objectivo central deste estudo é determinar a influência dos determinantes sociodemográficos e de contexto laboral na percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação.

**Métodos** – Trata-se de uma pesquisa do tipo quantitativa, transversal, descritivo correlacional, recorrendo a uma amostra não probabilística constituída por 98 profissionais de saúde, com idades compreendidas entre os 22 anos e os 58 anos ( $\bar{x}$  = 39,80;  $Dp$  = 9,96) e maioritariamente do sexo feminino (58,16%). O instrumento de colheita de dados incorporou uma ficha de caracterização sócio-demográfica e profissional, e uma escala de medida validada e aferida para a mensuração da percepção da adesão.

**Resultados** – O score da percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação é de 6,48, sendo considerado um valor acima da média. São tendencialmente os profissionais de saúde, do sexo feminino, a apresentar maior percepção face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação. Outras variáveis revelam, igualmente, um efeito estatisticamente significativo sobre a percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes, concretamente: são os enfermeiros especialistas comparativamente aos médicos que apresentam melhor score no que toca às *estratégias* usadas por estes profissionais; no que respeita aos *métodos da adesão* são os profissionais que trabalham com utentes com patologia cardíaco-respiratória que apresentam melhor score em relação aos profissionais de saúde que trabalham com utentes com patologia orto-traumatológica e reumatológica, e são também os profissionais que trabalham com utentes com patologia neurológica a apresentar melhor score comparativamente aos profissionais que trabalham com utentes com patologia orto-traumatológica e reumatológica.

**Conclusão** – As evidências encontradas, salientam que existem muitas dúvidas dos profissionais de saúde acerca da problemática da adesão, e permitem inferir que enquanto profissionais de saúde temos de continuar a desenvolver estratégias, com envolvimento directo do utente, por forma a diminuir a não adesão destes aos programas de reabilitação. Propomos a formação contínua dos profissionais bem como a realização de campanhas de sensibilização junto da comunidade. Também uma reflexão sobre a abrangência dos conteúdos programáticos escolares poderá vir a dar contributos pertinentes para a solução desta problemática.

### Palavras Chave

Percepção; Profissionais de Saúde; Adesão; Programas de Reabilitação

## ABSTRACT

**Introduction** – Sticking with a rehabilitation program is still a source of concern to all healthcare professionals. Patients have no longer a passive role towards medical prescriptions and have now an individual responsibility in their own health and control of the disease. However, the default rates associated with these programs are still very high.

So, regarding this subject, the main goal of this study was to determine the influence of social-demographic and labor factors in healthcare professionals perception towards patient adherence to rehabilitation treatments.

**Methods** – This was a cross-sectional and descriptive study in which a questionnaire was submitted to 98 healthcare professionals, mostly female, with ages between 22 and 58 years old. They answered questions about socio-demographic profiles in order to measure the scale of patient adherence to rehabilitation programs.

**Results** – The score of healthcare professionals towards patient adherence to rehabilitation programs is 6.48, a value above average. This study shows that are mostly female healthcare professionals who present the higher perception towards patient adherence. Study results also reveal that strategies used by specialist nurses are more likely to prove patient adherence than those used by doctors. When it comes to the methods used to promote patient adherence there is a higher score in cardio-respiratory pathology when compared to the ones used in trauma and rheumatology.

Healthcare professionals who work with neurology patients have a higher score than the ones who work with trauma and cardio-respiratory patients.

**Conclusions** – Study results suggest that there is still a long way to go when it comes to finding strategies to improve patient adherence to rehabilitation programs. To contribute for the professional development in this field, services must provide both continuous training and formation to the healthcare professionals as well as promote public awareness campaigns to encourage patients to keep up with their rehabilitation programs. Study findings also suggest that academic contents should be reviewed in order to help healthcare professionals to be prepared to encourage their patients while in treatment.

### Keywords

Perception; healthcare professionals; adherence; rehabilitation programs

# ÍNDICE GERAL

	Página
<b>1 – INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2 – MATERIAIS E MÉTODO</b>	34
2.1 – AMOSTRA	34
2.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	35
2.2.1 – Dados Psicométricos da Escala	39
2.3 – PROCEDIMENTOS	44
<b>3 – RESULTADOS</b>	48
3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	48
3.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	65
<b>4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	72
<b>5 – CONCLUSÕES</b>	83
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	90
<b>APÊNDICE I – Instrumento de Colheita de Dados</b>	
<b>APÊNDICE II – Autorização para Colheita de Dados</b>	

## ÍNDICE QUADROS

	Página
<b>Quadro 1</b> – Caracterização dos profissionais de saúde por género: categoria profissional e habilitações académicas	51
<b>Quadro 2</b> – Caracterização dos profissionais de saúde por género: tipo de mestrado	51
<b>Quadro 3</b> – Caracterização da amostra pela instituição e serviço onde exercem a sua atividade profissional, a carga horária semanal e o tipo de utente com que trabalha, segundo o género	54
<b>Quadro 4</b> – Caracterização dos profissionais de saúde por género: patologia mais frequente	55
<b>Quadro 5</b> – Concetualização da adesão dos utentes, segundo o género	57
<b>Quadro 6</b> – Resultados do Teste t de Student: Perceção dos profissionais de saúde em função do género	66
<b>Quadro 7</b> – Resultados dos valores médios e análises de variância da variável grupo etário	66
<b>Quadro 8</b> – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey das variáveis categoria profissional e habilitações literárias	68
<b>Quadro 9</b> – Resultados da Correlação de Pearson entre: Perceção dos profissionais de saúde em função do seu tempo de experiência profissional	69
<b>Quadro 10</b> – Resultados dos valores médios, análises de variância da variável: tipo de utentes	69
<b>Quadro 11</b> – Resultados da Correlação de Pearson: Perceção dos profissionais de saúde em função do tempo de serviço onde trabalham atualmente	70
<b>Quadro 12</b> – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey da variável patologias	71

## ÍNDICE TABELAS E FIGURAS

	Página
<b>Tabela 1</b> – Consistência interna da 1ª subescala	40
<b>Tabela 2</b> – Consistência interna da 4ª subescala	40
<b>Tabela 3</b> – Consistência interna da 5ª subescala	41
<b>Tabela 4</b> – Consistência interna da 6ª subescala	42
<b>Tabela 5</b> – Consistência interna por dimensões da 7ª subescala	43
<b>Tabela 6</b> – Consistência interna por dimensões da 8ª subescala	44
<b>Tabela 7</b> – Estatísticas relativas à idade segundo o gênero	49
<b>Tabela 8</b> – Estatísticas relativas ao grupo etário segundo o gênero	50
<b>Tabela 9</b> – Estatísticas relativas à experiência profissional segundo o gênero	52
<b>Tabela 10</b> – Estatísticas relativas ao tempo de serviço onde trabalha atualmente segundo o gênero	55
<b>Tabela 11</b> – Frequência que traduz a adesão relativamente à experiência profissional	56
<b>Tabela 12</b> – Frequência que traduz métodos pelos quais poderá ser avaliada a adesão	58
<b>Tabela 13</b> – Frequência que traduz os fatores responsáveis pela não adesão	59
<b>Tabela 14</b> – Frequência relativa aos facilitadores da promoção da adesão	60

<b>Tabela 15</b> –	Frequência relativa à facilitação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação implementada pelos profissionais de saúde	61
<b>Tabela 16</b> –	Frequência que traduz os fatores importantes para o utente no sentido de facilitar a sua adesão	62
<b>Tabela 17</b> –	Estatísticas relativas às subescalas segundo o género	63
<b>Figura 1</b> –	As cinco dimensões da adesão segundo a WHO	13

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓMIOS

ANOVA	Análise de Variâncias
cf.	Conforme
CV	Coeficiente de Variação
Dp	Desvio padrão
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
Fem.	Feminino
ICD	Instrumento de Colheita de Dados
K	Curtose
Masc.	Masculino
Máx	Máximo
Min	Mínimo
Nº	Número
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico
WHO	Organização Mundial de Saúde
res.	Residual
SK	Skewness
SPR	Sociedade Portuguesa de Reumatologia
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

## SÍMBOLOS

$\alpha$	Alpha cronbach
$>$	Maior que
$<$	Menor que
$\leq$	Maior ou igual
$\geq$	Menor ou igual
$\%$	Porcentagem
$\bar{x}$	Média
$\pm$	Mais ou menos
$p$	Índice de significância
$X^2$	Valor estatístico de Qui Quadrado

---

## 1 – INTRODUÇÃO

Na atualidade, uma percentagem significativa da população mundial depara-se com a necessidade de tomar medicação e de adotar medidas para controlar e tratar, tanto as patologias agudas como as crônicas. As doenças crônicas, nas quais se incluem as doenças cardiovasculares, diabetes, cancro, hipertensão, são doenças caracterizadas pela dificuldade em administrar tratamentos eficazes e de cura rápida, dando lugar a prescrições de tratamentos diversificados com intervenção de vários profissionais de saúde, durante longos períodos de tempo e geralmente muito dispendiosos para os serviços de saúde, estando associadas a 60% das mortes em todo o mundo (Health Instituit, 2013). Segundo a World Health Organization (2003), menos de 30% dos pacientes com doenças crônicas adotam as recomendações comportamentais recebidas que têm como objetivo a diminuição do risco e das consequências negativas destas condições, tornando-se a baixa adesão num problema mundial de magnitude impressionante. A adesão ao tratamento de longo prazo em países desenvolvidos é à volta de 50%, e em países em desenvolvimento as taxas são ainda mais baixas.

A primeira alusão à importância do cumprimento das prescrições médicas foi feita por Hipócrates há 2400 anos. No entanto, o conceito de adesão apenas foi desenvolvido por Haynes em 1979, no século XX (Dias et al., 2011 cit. in Teles-Correia et al., 2007).

Etimologicamente, a palavra “adesão” deriva do latim “*adhaesione*” sendo definida como ato ou efeito de aderir, aderência, assentimento, aprovação, concordância, apoio, manifestação de solidariedade a uma ideia, a uma causa (Dias et al., 2011 cit. in Ferreira, 1996).

Embora muitos pesquisadores relacionem adesão ao tratamento com adesão à medicação, esse termo refere-se a numerosos outros comportamentos inerentes à saúde que vão além do simples seguimento da prescrição de medicamentos e envolve aspetos referentes ao sistema de saúde, fatores sócio económicos, além de aspectos relacionados ao tratamento, utente e à própria doença (Andrade, Araújo, Pimenta Andrade, Soares e Cianca, 2010).

De que adianta o trabalho de médicos e enfermeiros se o paciente não segue as orientações médicas e não cumpre com o tratamento corretamente? A questão da adesão ao

tratamento é discutida mundialmente, uma vez que representa riscos à saúde e implica gastos adicionais com consultas, exames, medicamentos e internamentos hospitalares.

Segundo a WHO (2003, p.5) adesão ao tratamento “é a medida com que o comportamento de uma pessoa em tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ ou mudar o seu estilo de vida, corresponde às recomendações de um profissional de saúde”.

Refere-se ao grau com que os pacientes seguem as recomendações dadas pelos profissionais de saúde e o comportamento adotado por estes relativamente ao regime terapêutico proposto (Haynes, 1979). Silveira e Ribeiro (2005) entendem adesão ao tratamento como um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado. Diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Já Gusmão e Jr. (2006, cit. in Rodin, Hill e Ockene, 1997) conceituam adesão ao tratamento como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhoria da saúde, com o objetivo de reduzir os sinais e sintomas de uma doença.

Partindo deste referencial conceptual, poderemos afirmar que o comportamento e estilos de vida dos utentes tornam-se fundamentais no controlo da situação clínica, sendo a sua eficácia, dependente da adesão dos indivíduos a eles. Assim, pressupõe-se que estes assumam um papel fundamental no controlo da sua condição assumindo responsabilidade pelos seus cuidados de saúde e consequências (Gordon, Smith & Dhillon, 2007).

Trabalhos de pesquisa demonstram que cerca de 20% das prescrições médicas não são seguidas corretamente. Segundo WHO (2003), muitos utentes têm dificuldade em seguir o tratamento recomendado. O utente deixa de tomar os medicamentos, deixa de ir aos programas de reabilitação logo quando começa a sentir alívio dos sintomas, ou à medida que a doença é controlada optando por terapias alternativas por sua iniciativa. No entanto, essa atitude pode representar risco para a saúde, como retorno dos sintomas e o aparecimento de complicações. Apesar da importância de aderir ao tratamento, em muitos casos é comum os pacientes não o fazerem. Não há como negar que os pacientes têm dificuldade em seguir o tratamento recomendado. Seria esperado que pessoas, por exemplo, com diagnóstico de doenças crónicas apresentassem maior adesão a comportamentos saudáveis do que a população em geral, tendo em vista a relevância da orientação para mudanças de estilo de vida quanto ao seu tratamento. Assim, o pressuposto de que o médico diz o que o utente deve fazer e, em seguida, o paciente segue meticolosamente as ordens deste não é uma realidade. Alguns estudos demonstraram que a satisfação do utente com o seu médico tem um impacto significativo na adesão ao tratamento e é um dos poucos fatores que o médico pode

influenciar diretamente. Os utentes têm tendência a seguir as instruções e recomendações quando as suas expectativas quanto à relação médico-utente ao seu tratamento são atendidas[Mello (s.d.)].

Dada a complexidade do processo de adesão e as várias formas de o conceber e definir, surgem outros conceitos como aderência ou *adherence*, observância, complacência, fidelidade e concordância ou *compliance*. Todos estes termos são utilizados como sinónimos de adesão mas, com o decorrer dos anos e em países de língua inglesa levantou-se uma polémica de qual o termo mais correto a utilizar no contexto da adesão a tratamentos.

Para muitos o termo *compliance* sugere passividade e obediência por parte dos utentes, isto é, o plano de tratamento não é baseado na aliança ou contrato estabelecido entre médico – utente. Existe uma relação de poder do profissional de saúde sobre o utente em que este cumpre as recomendações dadas, sem autonomia para decidir se segue ou não o tratamento. Ocorrem muitas críticas sobre esta perspectiva porque não tem em consideração as opiniões e interferências da família, do trabalho, dos vizinhos assim como as representações de saúde, corpo e doença (Catela, cit. in Sousa, 2003; Gonçalves, Costa, Menezes & Knauth, 1999).

O termo *adherence* tem sido mais utilizado por sugerir um esforço voluntário do utente em seguir o tratamento prescrito. O utente torna-se um sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades (Almeida, Versiani, Dias, Novaes & Trindade, 2007 cit. in Rodin, 1989; Horne, 2000; Namey, 2001).

Osterberg e Blaschke (2005) dizem-nos que traz a conotação de que os utentes aderem à prescrição tão intensamente que não se conseguem desligar dela, podendo não ser o desejável. Este sugere o uso do termo *compliance* como o mais adequado. Almeida et al. (2007, cit. in Vermeire et al., 2001), também adotam o termo *compliance*, considerando que este tem sido utilizado pela maioria dos trabalhos por eles revisados num período de trinta anos.

Todas as definições referenciadas anteriormente assumem que o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde é o mais adequado para a pessoa, por isso, o comportamento racionalmente mais adequado é seguir as recomendações. Porém, o profissional de saúde tem um papel limitado, visto que lhe cabe a função do ensino e aconselhamento, sendo sempre o utente que decide até que ponto cumpre ou não as recomendações transmitidas. Visto isto, para monitorizar o processo de adesão, implica validar o comportamento do utente.

Vários são os métodos para avaliar a adesão aos tratamentos, porém nem sempre é fácil fazer essa avaliação na medida em que depende de diversos fatores (do tipo de doença, do

regime terapêutico e da metodologia utilizada para avaliar essa mesma adesão) (Bond & Hussar, 1991; Oliveira, Pedrosa & Gonçalves, 2008).

Podemos utilizar medidas diretas como é o caso da observação direta e do doseamento de marcadores bioquímicos nos fluídos corporais, e medidas indiretas no qual se insere o auto-controle, as entrevistas e os resultados terapêuticos (Margalho, Nazareth, Caetano, Oliveira & Cunha, 2009; Meichenbaum & Turk, 1987).

Para Oliveira et al. (2008) os métodos indiretos são os mais utilizados visto que são métodos simples, de fácil utilização e apresentam alguma especificidade requerendo a colaboração dos utentes. No entanto, como afirmam Hutchinson, Jones, West & Wei (2006), todos estes métodos apresentam problemas, não se encontrando consenso sobre qual o método mais fiável.

Os métodos diretos são mais fidedignos, no entanto mais dispendiosos e menos aplicados à prática. É necessário muitas vezes uma intervenção invasiva junto dos utentes, como a recolha de várias amostras de fluídos corporais para a detecção do medicamento, acabando por se tornar impraticável no quotidiano apesar de preciso (Bond & Hussar, 1991; Gusmão, Ginani, Silva, Ortega & Jr., 2009; Margalho et al., 2009;).

As medidas indiretas segundo, Oliveira et al. (2008) incluem as entrevistas e o auto controle (self-report) sendo referidas por vários investigadores como pouco fiáveis. São medidas subjetivas que requerem a colaboração das pessoas. Já Hipócrates referia que os utentes mentiam quando lhes era perguntado se tomavam os medicamentos.

Como seres humanos temos sempre o desejo de agradar, logo, isso faz com que muitas vezes enviesamos as nossas respostas para mostrarmos principalmente aos outros e também a nós mesmos que a adesão ao tratamento é cumprida. Os médicos não conseguem identificar com fidelidade quem são os utentes aderentes e os não aderentes, daí a complexidade desta medida de avaliação (Delgado & Lima, 2001). Contudo, para Margalho et al. (2009) muitos utentes devido ao seu comportamento nem se apercebem como não são aderentes desse tratamento. Podemos falar ainda dos resultados clínicos que no entender de Meichenbaum & Turk (1987) não deve ser considerado um critério válido para medir a adesão aos tratamentos, na medida em que o utente pode curar-se ou estar controlado por muitas outras razões, ou este pode aderir e no entanto não manifestar o efeito desejado. Para Bond e Hussar cit. in Delgado & Lima (2001) esta medida pode ser usada quando a um determinado tratamento está associado um determinado resultado clínico de sucesso preciso (pressão arterial normal). Sendo assim, estes autores defendem que facilmente pode ocorrer que o utente adira ao tratamento imediatamente antes da visita ao médico.

Deste modo, podemos afirmar que tentar avaliar a adesão pelos resultados clínicos é uma ingenuidade médica na medida em que não existe uma relação direta entre a adesão e os resultados esperados.

A relação entre o utente e o profissional de saúde tem de ser uma relação de parceria assente nas competências de cada um, sendo a qualidade desta relação terapêutica, uma das determinantes da adesão. Segundo Taylor (1995) inicialmente foi considerado que os comportamentos de não adesão são exclusivamente da responsabilidade do utente e das informações que este tinha acerca dos cuidados que deveria ter com a doença. Tendo em conta este aspeto muitos profissionais de saúde utilizaram estratégias para minimizar este problema da não adesão, chegando à conclusão que estas não resultaram porque existiam outros fatores que influenciavam essa mesma adesão.

Quando um utente não adere ao programa de reabilitação estabelecido ele vai perder a oportunidade de obter mais ganhos na sua saúde e qualidade de vida, e para o Sistema de Saúde desperdício de recursos e incremento dos mesmos no futuro, se a situação se agravar ou trazer outras consequências, não sendo o pretendido. (Sousa, 2003 cit. in Horne, 2000).

A crença de que os utentes são os únicos responsáveis pela adesão representa um equívoco, dado existirem diversos fatores que afetam o seu comportamento e a capacidade de adesão ao tratamento (Bugalho & Carneiro, 2004; WHO, 2003).

Existem vários estudos que ao longo dos anos têm investigado a relação entre a adesão e variáveis pessoais, sociais e situacionais. Todos estes nos mostram diversas perspetivas que explicam os comportamentos de adesão a esses tratamentos, diferenciando-se quanto ao enfoque. Falamos de fatores externos, internos ao utente e fatores relacionais (Almeida et al., 2007).

Entre os fatores externos ao utente associado ao programa de reabilitação podemos falar das características da doença e do regime terapêutico. Para a WHO (2003) existem fortes determinantes de adesão a tratamentos como a severidade dos sintomas e da doença, o nível de capacidade física, psicológica, social e vocacional, e a taxa de progressão. O impacto destes fatores sobre a adesão vai depender de como eles influenciam a perceção do utente sobre a própria doença e o seu tratamento, isto é, a forma como o paciente vê o seu estado de saúde, compreende a sua doença e percebe os riscos. Vários estudos evidenciaram que quanto maior é o número de tratamentos mais baixa é a adesão a esses mesmos programas (Haynes, 1979; Leite & Vasconcelos, 2003; WHO, 2003). Também segundo estes autores outras características que influenciam a adesão são a duração do tratamento e a presença de efeitos colaterais.

Os fatores relacionais que têm sido estudados são o apoio social e a relação profissional de saúde-utente. Quando falamos em apoio social falamos do apoio do cônjuge ou familiar próximo, isto é, de relações que envolvem afeto ou preocupação emocional. Segundo Valle, Viegas, Castro & Toledo Junior (2000), Andrade, et al. (2005), esta característica pode moderar as consequências de eventos stressantes e aparece como reforçador da sensação de controlo sobre a sua vida, fazendo com que contribua directamente para o aumento da adesão ao tratamento.

O nível de suporte social é um dos mais fortes fatores preditores da adesão. Pessoas que têm fortes relações inter-pessoais, nomeadamente o fato de viverem com alguém, está associado a um maior nível de adesão, enquanto as pessoas que vivem isoladas têm maior dificuldade em seguir as recomendações terapêuticas (Klein & Gonçalves, 2005 cit. in Brannon & Feist, 1997).

Quando falamos da relação do profissional de saúde com o utente falamos da forma como os profissionais de saúde interagem, comunicam com os utentes tornando-os mais ou menos satisfeitos, aderindo assim melhor ou pior às recomendações. Segundo Leite & Vasconcelos (2003) a confiança do paciente na equipa de saúde constitui um fator decisivo para a adesão. Já Taylor (1995) referia que a satisfação dos utentes com os profissionais de saúde está directamente relacionada à adesão ao tratamento. Nesta linha de pensamento, temos de falar sobre a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e utente. Segundo Almeida et al. (2007), algumas investigações realizadas mostraram que os utentes não possuíam conhecimento acerca da doença e tratamento, implicando que os utentes não eram totalmente informados, ou a situação não era claramente explicada, ou era explicada mas os utentes não entendiam a terminologia médica usada pelo profissional de saúde.

Os principais fatores internos referenciados são os dados sóciodemográficos, fatores psicológicos, locus de controle e crenças relativas à saúde. Ao nos referir-mos a dados sociodemográficos, podemos mencionar a idade, o sexo e as questões socioeconómicas.

A idade não tem sido correlacionada à adesão aos tratamentos (Almeida et al., 2007 cit. in Costa et al., 1998; WHO, 2003) apesar de alguns estudos sugerirem que a adesão aos tratamentos é mais deficitária em crianças e idosos principalmente pela dependência que eles apresentam em relação a outras pessoas (Valle et al., 2000). Também segundo estes autores homens e mulheres não diferem em seguir as recomendações médicas.

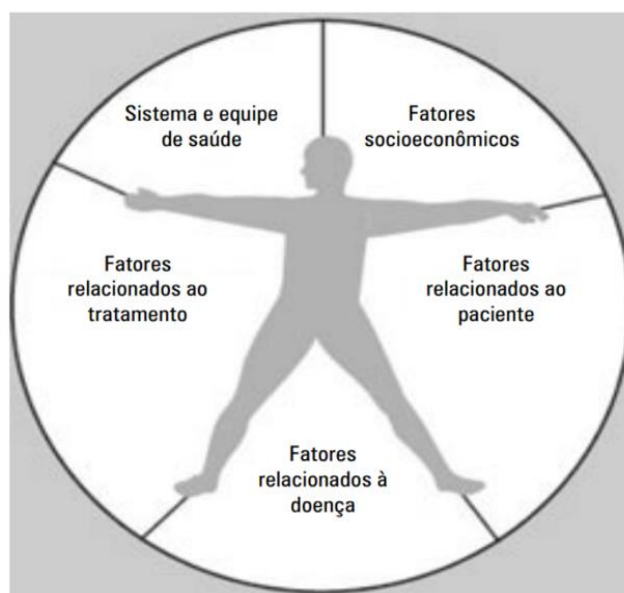
Para a WHO (2003) os fatores que têm efeito significativo sobre a adesão são o baixo *status* socioeconómico, a pobreza, o analfabetismo, o baixo nível de educação, o desemprego e as condições de vida instável, principalmente em países em desenvolvimento, em que o

baixo poder aquisitivo dos pacientes ganha relevância quando se pondera as prioridades de gastos.

Ao referirmo-nos a fatores psicológicos relacionados com a baixa adesão podemos mencionar a hipocondria, a paranóia, a sensação de perda de controle e o medo do estigma social. Em determinado tipo de doenças como o cancro e a tuberculose o tratamento obriga o utente a assumir a doença socialmente, podendo prejudicar a adesão ao tratamento (Valle et al., 2000). No que diz respeito a traços de personalidade, poucas características têm sido examinadas sendo difícil avaliar a estabilidade de algum resultado particular (WHO, 2003). Locus de Controle é a expectativa do indivíduo sobre a medida em que os seus reforços se encontram sob controlo interno (esforço pessoal, competência) ou externo (as oportunidades, sorte). Os indivíduos com um locus de controle interno tendem a acreditar que os reforços são consequências do seu próprio comportamento, enquanto que indivíduos com um locus de controle externo tendem a perceber os seus reforços como estando sob controle externo. Indivíduos com locus de controle de saúde interno tem uma tendência à adesão, porque acreditam que o seu comportamento controla os resultados do tratamento (Almeida et al., 2007; Stanton, 1987).

Na figura 1 estão identificados os diferentes fatores que poderão influenciar a adesão aos tratamentos, defendida pela WHO (2003), dividindo-os em cinco grupos, enfatizando o fato de que estes exercem uma influência variável.

**Figura 1** – As cinco dimensões da adesão



Fonte: World Health Organization - Adherence to long-term therapies: evidence for action, 2003

*Fatores sociais, económicos e culturais* destacando-se o nível de escolaridade, a situação profissional, os apoios sociais, as condições habitacionais, o preço dos transportes, a distância ao local dos tratamentos, a raça, as crenças culturais e as desigualdades sociais (Bugalho & Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Machado, 2009). Machado (2009) inclui ainda fatores sociodemográficos como a idade, o sexo e o estado civil, contudo, para a WHO (2003) estas características além da educação, ocupação, religião, etnia não têm sido claramente associadas à adesão.

*Fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde*, onde se evidenciam as características do sistema em si, o conhecimento, atitudes, competências dos profissionais de saúde, o grau de educação/ esclarecimento dos utentes face aos cuidados de tratamento no domicílio, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e duração das consultas. São fatores importantes na qualidade das relações e na capacidade de educarem a pessoa, promovendo a acessibilidade aos recursos para o tratamento, providenciando a continuidade dos cuidados, os suportes comunitários necessários e o apoio necessário ao autocuidado e autogestão do regime terapêutico (Araújo & Garcia, 2006; Bugalho & Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Machado, 2009).

A WHO (2003) reconhece que os actuais Sistemas de Saúde não dão o ênfase necessário à autonomia dos utentes e à qualidade das interações entre estes e os profissionais de saúde, nos resultados de ganhos em saúde. É necessário existir um bom relacionamento entre estes, e que esse vínculo tenha um carácter de estabilidade no tempo, além de ser necessário um ambiente onde os utentes se sintam à vontade para colocar dúvidas e questões, e onde sintam que o poder de decisão lhes pertence.

Sousa (2003, cit. in Horne 2000), diz que é frequente os utentes não perceberem as orientações e prescrições, ou não entenderem o que o profissional de saúde lhes transmitiu, seja porque há dificuldades de compreensão seja pelo fato de muitas vezes não conhecerem o significado da terminologia abusiva utilizada pelos profissionais. Estes identificam a importância da autogestão, mas reconhecem dificuldades como a gestão do tempo de forma a dedicarem-se a programas educacionais, e atender às necessidades psicossociais em contexto familiar, e a falta de preparação para a utilização de estratégias no sentido de facilitar a adesão.

*Fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidade* nomeadamente a gravidade dos sintomas que podem ser sintomáticos ou assintomáticos, o nível de incapacidade física, psicológica, social e profissional, o grau de risco que a pessoa atribui à

doença, o impacto que esta representa na sua vida e a efectividade do tratamento, são fortes determinantes da adesão (Bugalho & Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Horne, 2000). Todavia, existem doenças como a diabetes, em que é frequente a ausência de sintomatologia e a adoção de medidas de prevenção de complicações crónicas, o que leva a uma menor perceção da gravidade da doença e susceptibilidade de complicações, sendo a proporção de não adesão elevada.

*Fatores relacionados com o tratamento* em que se incluem, a complexidade deste, bem como a sua duração e a alteração frequente desse mesmo tratamento, bem como, os efeitos serem ou não imediatos, os efeitos colaterais e a visibilidade do regime (Bugalho & Carneiro, 2004; Machado, 2009; Horne, 2000). Segundo Sousa (2003 cit. in Horne 2000) os efeitos secundários do tratamento parecem estar relacionados com a não adesão, mas não como um fator muito importante entre os que não aderem. Para ele os tratamentos de longa duração ou preventivos são mais facilmente abandonados, visto que as pessoas se encontram menos motivadas a dar continuidade a esse tratamento por não apresentarem sintomas. É importante referir também que a adesão a determinados tratamentos faz com que haja uma alteração na rotina da pessoa que pode afectar essa mesma adesão.

*Fatores relacionados com a pessoa doente*, como os recursos psicológicos, os conhecimentos, as crenças, as atitudes, as perceções relativas a episódios de doença, quer anteriores, quer à atual, e as expetativas da própria pessoa. A motivação para a gestão do tratamento, a auto-eficácia, a falta de informação, o suporte para a mudança de comportamentos, as expetativas dos ganhos e as consequências da não adesão, são fatores ainda não totalmente compreendidos à forma como influenciam o comportamento da adesão (Brannon, 1997; Bugalho & Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Horne, 2000; Oliveira et al., 2008; Machado, 2009). A adesão diverge não só entre pessoas diferentes, como em cada uma das pessoas. Pode divergir também no tempo, isto é, em determinado momento da vida pode aderir embora noutra não o fazer (Brannon, 1997; Horne, 2000). Contudo, quando as pessoas acreditam que a adesão ao tratamento traz benefícios para a sua saúde tendem a aderir mais consistentemente às recomendações dos profissionais de saúde, sobrepondo-se as crenças pessoais a tudo o resto.

Também Turk e Meichenbaum (1991) referem que os fatores anteriormente identificados, eram fatores psicossociais envolvidos em grau variável no processo de empenhamento das pessoas em cumprir o tratamento, na sua permanência e prevenção.

Andréa (2010 cit. in Okuma 1997), salienta que os determinantes que levam à adesão inicial, diferem dos que levam à manutenção desta adesão por muito tempo, bem como haver

outros que levem à desistência do tratamento. Justifica para a diferença entre os fatores de desistência que as pessoas são diferentes, e portanto preferem diferentes formas de atividade e diferentes grupos sociais para a sua prática. Surgem então os profissionais de saúde que têm um papel primordial nesta questão, podendo estes colaborar na redução dos abandonos durante todo o processo do tratamento.

A preocupação com a adesão/ não adesão aos tratamentos não é uma inquietação recente sendo tão antigo como a própria medicina, tendo sido desenvolvidos nesta área por diferentes técnicos e em diversas perspectivas. Leite e Vasconcelos (2003) dizem-nos que a não adesão adquiriu importância nas últimas décadas, falando em outros fatores que interferem no uso racional de recursos terapêuticos, na lista de preocupação dos profissionais de saúde.

Vários estudos têm mostrado que a não adesão ocorre em pacientes de todas as idades, classes sociais e grupos étnicos. É frequente em pacientes assintomáticos, sintomáticos, levemente doentes ou mesmo gravemente doentes (Almeida et al., 2007 cit. in Di Matteo & Di Nicola, 1982).

Outros estudos mostram uma baixa adesão em todo o tipo de tratamentos, independentemente da severidade da doença e da acessibilidade aos recursos de saúde (Valle et al., 2000; WHO, 2003). Segundo a WHO (2003) nos países desenvolvidos a adesão entre utentes que sofrem de doenças crónicas é de apenas 50%, e em países em desenvolvimento essa não adesão é mais elevada devido à carência de recursos e às dificuldades no acesso aos cuidados de saúde. A baixa adesão é a razão primária da redução do benefício clínico, levando a complicações médicas e psicossociais, reduzindo a qualidade de vida dos pacientes.

O estudo da não adesão ao tratamento tem como objetivo determinar as causas, pois estas envolvem modificações e alterações na prescrição do regime terapêutico. Para Pedro (2003) cit. in Taylor (1995), a falta de interesse ou confusão relativamente ao tratamento, leva os utentes a achar o regime terapêutico desagradável e perturbador na sua qualidade de vida quotidiana levando à não adesão.

Para Weinman e Petrie (1997) fatores de ordem demográfica, diferentes personalidades, características particulares do tratamento e doença, fatores cognitivos (particularidades dos doentes, crenças e atitudes), têm sido referenciados como potenciais modificadores. Também para estes tendo por base vários estudos realizados por diferentes investigadores dizem-nos que não existe uma clara relação entre raça, idade, experiências educacionais, inteligência, estado civil, profissão, valores éticos e culturais nos comportamentos da adesão. Porém estes autores defendem que a adesão está justificada pelas características da personalidade. A não aderência está relacionada com aspectos cognitivos como a falta de conhecimentos e a não

compreensão da informação transmitida. Segundo Sousa (2003, cit. in Ley 1981) a incrementação do papel da satisfação dos doentes é um mediador entre a informação e a adesão. É atribuída responsabilidade à falta de informação para a não adesão aos tratamentos bem como à falta de negociação dos técnicos de saúde com os doentes sobre os tratamentos, no sentido de os motivar para a adesão. O acesso dos utentes à informação pode ser não só na relação de comunicação entre o profissional de saúde e o utente mas também através da informação transmitida à família, amigos e ainda através de grupos de ajuda mútua que pelas mesmas características (pessoas com os mesmos problemas de saúde) poderão ser uma ajuda preciosa, no sentido do ajustamento a novos estilos de vida com vantagens na adesão aos tratamentos.

Almeida et al., (2007) cit. in Di Matteo e Di Nicola (1982), referem que a não adesão interfere com os esforços dos profissionais, induzindo-os a receitar um curso repetido de avaliações diagnósticas e, ou a prescrever outra forma de tratamento levando ao desconforto do utente e à confusão do profissional, aumentando o custo, o risco e a incerteza sobre os cuidados. Se o utente permanece doente, e o profissional continuamente frustrado, a relação terapêutica é provavelmente prejudicada.

A deterioração da relação do profissional de saúde com o utente pode ser tanto consequência como causa da não adesão aos tratamentos. O sistema de saúde também é implicitamente afectado pela não adesão dos utentes, na medida em que há um aumento do número de hospitalizações e, conseqüentemente gastos financeiros (Valle et al., 2000).

A adesão por parte do utente ao tratamento depende de vários fatores que devem ser considerados, e a partir destes, procurar-se-ão estratégias que possam facilitar este processo, com o princípio de que cada utente é um ser social único, em interacção com o ambiente, com um projeto de vida, procurando constantemente o equilíbrio (Machado, 2009).

Desde 1988 que Ley realiza estudos na tentativa de perceber o que leva os utentes à adesão ou não adesão aos tratamentos. Este desenvolveu o modelo da hipótese cognitiva defendendo que a promoção da adesão dos utentes ao tratamento, pode ser feita através da satisfação destes em relação à consulta, onde os profissionais de saúde podem desenvolver estratégias para lhes fornecer a informação de modo que eles consigam perceber e lembrar-se dela ao longo do tempo. Este diz-nos que a satisfação do utente pode resultar de vários componentes da consulta que são: os aspetos afetivos, como a compreensão; os aspectos comportamentais como as explicações adequadas; e os aspectos associados à competência dos técnicos de saúde como o encaminhamento adequado. É necessário que o utente compreenda os conselhos dados pelo profissional de saúde, no sentido destes seguirem o

tratamento/ programa de reabilitação, sendo indispensável que estes percebam as causas da doença, bem como todo o processo de tratamento. Para este investigador a memória dos utentes relativamente à informação transmitida durante a consulta é influenciada por vários fatores, sendo eles a ansiedade, os conhecimentos médicos, o nível intelectual dos utentes, a importância e o número das afirmações feita pelo médico, além dos efeitos de primazia, que podem aumentar a capacidade de recordação dos utentes. Defende a necessidade de otimizar a comunicação e dessa forma melhorar a adesão. Assim, enumera os seguintes passos no sentido de aperfeiçoar a comunicação oral: efeito de primazia da informação; explicar a importância da adesão; simplificar as informações; usar a repetição; usar a clareza; seguir a consulta com entrevista adicional. No entanto, para ele, além destes fatores defende ainda a informação escrita como um meio auxiliar para a adesão.

Para Ogden (1999), a teoria de Ley sobre a comunicação entre profissional de saúde-utente é entendida no contexto de um modelo educacional que pressupõe os profissionais de saúde como educadores, com conhecimentos especializados que vão transmitir informação aos utentes não possuidores desse tipo de conhecimentos. Este, tendo por base a compreensão do utente e baseando-se em diversos estudos, cita que se o utente não percebe a causa da sua doença, não entende o processo que está envolvido no tratamento, e essa falta de compreensão vai dificultar o processo de adesão.

Vários modelos ou teorias têm procurado explicar a adesão aos tratamentos/ programa de reabilitação, tentando identificar os fatores que determinam a disposição dos indivíduos para aderirem às recomendações dos profissionais de saúde. É possível, compreendendo as atitudes, crenças e valores dos indivíduos planejar uma intervenção junto deles com o objetivo de modificar os comportamentos e conseqüentemente promover a saúde. Vários são os investigadores que defendem que a adesão pode ser explicada tendo por base os seguintes modelos a seguir referenciados.

O Modelo Biomédico surgiu no fim do século XIX até meados do século XX, através de um paradigma que ficou conhecido como teoria do germe, ou seja, em cada organismo patológico específico está associado uma patologia específica. Inspirado na visão mecanicista do ser humano, considera que saúde é mera ausência de doença e que, como numa máquina, se uma das peças se "avaria", há que se centrar na sua reparação. De acordo com esta perspectiva, o indivíduo tem um papel passivo no controlo do seu bem-estar, limitando-se a procurar um técnico que imediatamente se responsabiliza pela "cura" dos aspectos biológicos da sua saúde, através da cirurgia ou de fármacos. Se este modelo respondeu bem às necessidades numa época em que havia um predomínio de mortes por causas infecciosas,

quando a evolução da ciência encontrou soluções para muitas das doenças agudas, as taxas de morbilidade da população aumentaram exponencialmente e a percentagem de pessoas com doenças crónicas aumenta nas mesmas proporções, surgindo novos paradigmas para os cuidados de saúde e para a medicina (De Marco, 2006; Justo, 2010).

Este modelo defendia que apenas as características da personalidade era um fator determinante para o cumprimento do tratamento, visto que nesta altura a palavra adesão ainda não era utilizada. A responsabilidade de assumir o tratamento era unicamente do utente, não tendo os profissionais de saúde qualquer obrigação. A comunicação entre médico e utente fazia-se apenas de forma unilateral em que o utente assume uma atitude passiva de apenas recetor de informação. O médico aconselha a aquisição de novos comportamentos partindo do pressuposto que a informação é condição suficiente para o desenvolvimento de comportamento de adesão (Justo, 2010).

Um outro modelo relevante é o “modelo de auto-regulação” ou modelo de representação da doença, o qual defende que o indivíduo é a soma total das suas experiências passadas com as condições atuais. Este modelo foi desenvolvido por Leventhal e Cameron (1987) baseando-se em modelos de resolução de problemas. Segundo estes quando um indivíduo se depara com um determinado problema, ele vai desencadear uma reação de motivação no sentido de restabelecer o seu estado de equilíbrio. Inicialmente há a tomada de conhecimento sobre a doença. Em seguida, planejam-se ações para adoção do comportamento desejado. Finalmente, pela obtenção inicial de resultados, a manutenção do comportamento é estimulada, sendo necessária, e fundamental para a continuidade dos benefícios. Os sujeitos constroem cognições de doença que vão influenciar a sua adesão ao tratamento (Jardim & Jardim, 2006 cit. in Haynes, 1982).

O modelo de crenças de saúde foi desenvolvido da teoria fenomenológica de “espaço vital” formulada por Kurt Lewin, segundo Di Matteo e Di Nicola (1982). Diz-nos que o comportamento de um indivíduo é influenciado pelas suas crenças e expetativas podendo ser aplicado atualmente para compreender uma vasta gama de comportamentos relacionados com a saúde, nomeadamente a procura de cuidados. A perceção do utente é um forte elemento de motivação que vai determinar o seu comportamento. Um indivíduo deveria procurar aderir a planos de saúde preventivos e reabilitativos, contando que o alívio ou a prevenção da doença fossem percebidos como mais positivos do que as dificuldades encontradas para obter a prevenção ou a cura. Face a uma perceção de ameaça de doença o indivíduo avalia as suas acções em termos de benefícios e barreiras existentes para implementar determinados comportamentos de saúde. Deste modo, e segundo vários estudos realizados, este modelo

postula que o comportamento de seguir uma ação de saúde recomendada depende das percepções do indivíduo quanto à susceptibilidade da doença, à severidade das consequências, aos benefícios ou eficácia das ações de saúde para prevenir ou reduzir a suscetibilidade ou a severidade percebida, e às barreiras ou custos, tanto no início como no continuar do comportamento sugerido (Almeida et al., 2007; Bastos, 2004; Di Matteo & Di Nicola, 1982).

O modelo propõe “estímulos para a ação”, ou seja é necessário alertar ou relembrar as pessoas sobre os potenciais problemas e a importância de aderir ao programa de tratamentos. Estes estímulos podem ser internos, que no caso da adesão ao tratamento a percepção do seu estado de saúde poderá ser um fator determinante, e nos estímulos externos a informação dada através dos órgãos de comunicação é também um fator importante para a adesão (Almeida et al., 2007).

Baseando-se no modelo de crenças de saúde surge a teoria da Motivação para a Proteção, desenvolvida por Rogers (1975), acrescentando-lhe outros fatores. Defende que os comportamentos relacionados com a saúde eram o produto de quatro componentes como a auto-eficácia, a eficácia de resposta a gravidade e a vulnerabilidade. Posteriormente acrescentou outro componente que é o medo. Estes cinco componentes são influenciados por duas fontes de informação, uma externa ou ambiental e outra interna ou interpessoal. Esta teoria foca duas categorias de resposta, sendo elas, a avaliação da ameaça que é função da vulnerabilidade, gravidade e medo percebidos e a avaliação de *coping* que está relacionada com as crenças de auto-eficácia e a eficácia das respostas. Este processo suscita uma intenção do indivíduo para se comportar de modo adaptativo ou inadaptativo. Esta intenção, cuja força reflecte o grau de motivação do indivíduo para proteger a sua saúde, por sua vez é preditiva do comportamento.

Desenvolvido por Albert Bandura (1975) surge a teoria da aprendizagem social, a teoria de auto-eficácia, introduzindo a concepção da percepção de auto-eficácia no contexto dos comportamentos cognitivos. Segundo ele a eficácia individual das pessoas é tida como uma crença, que o indivíduo tem, sobre a capacidade de realizar com sucesso determinada actividade. A pesquisa de Bandura mostrou que a crença no nível de auto-eficácia influencia vários aspectos da vida. Pessoas com grau elevado de auto-eficácia acreditam ser capazes de lidar com os diversos acontecimentos da vida. Elas imaginam ser capazes de vencer obstáculos, procuram desafios, persistem e mantêm um alto grau de confiança na sua capacidade de obter êxito e de controlar a própria vida. As pessoas com baixo grau de auto-eficácia sentem-se inúteis, sem esperança, acreditam que não conseguem lidar com as situações que enfrentam e que têm poucas hipóteses de mudá-las. Diante de um problema,

tendem a desistir na primeira tentativa frustrada. Não acreditam que a sua atitude faça alguma diferença nem que controlem e podem mudar o próprio destino. Parece óbvio que o alto grau de auto-eficácia produz efeitos positivos em praticamente todos os aspectos da vida. O estudo demonstrou que as pessoas com grau elevado de auto-eficácia sentem-se melhor e mais saudáveis, menos stressadas, suportam mais a dor física e tendem a recuperar-se mais rapidamente de uma doença ou de uma cirurgia do que as de baixa auto-eficácia (Bandura, 2001).

A teoria do comportamento planeado foi desenvolvida por Ajzene Madden (1986), citados por Ogden (1999) e Moura, Veiga, Cunha e Moura (2012), e propõe que a intenção de uma pessoa para executar um comportamento é o determinante fundamental desse comportamento, porque reflete o nível de motivação da pessoa e a prontidão para implementar esforços no desempenho do comportamento. Esta teoria defende que as intenções deveriam ser concetualizadas como planos de ação para atingir objetivos comportamentais, e que estas resultariam das seguintes crenças:

- Atitudes em relação aos comportamentos, compostas por avaliações positivas e negativas de um determinado comportamento e pelas crenças sobre o resultado desse comportamento;
- Norma subjetiva composta pela perceção das normas e pressões sociais para ter um determinado comportamento, assim como pela avaliação do indivíduo para se submeter a esta pressão;
- Controlo comportamental percecionado, crença de que o indivíduo consegue manter um determinado comportamento, baseando-se na ponderação dos fatores internos de controlo (competências, aptidões e informação) e dos fatores de controlo externos (obstáculos e oportunidades), ambos relacionados com o comportamento passado.

Estes três fatores permitem predizer o comportamento que determinado indivíduo deverá realizar, bem como, o controlo do comportamento percecionado tem efeito direto no comportamento.

Vários são os modelos e teorias explicativas que têm procurado oferecer concetualizações capazes de explicar a não adesão dos utentes e identificar os fatores que determinam a tendência dos indivíduos para aderirem às recomendações dos profissionais de saúde. No âmbito da adesão aos tratamentos/ programa de reabilitação os modelos e teorias mais referenciados na literatura são o modelo biomédico e as teorias cognitivas.

Outro prisma é o defendido por alguns cientistas que estudaram o comportamento dos profissionais de saúde com os utentes, incluindo as crenças que estão relacionadas com a saúde, e em que medida esses comportamentos e crenças podem influenciar os resultados da saúde e doença.

O comportamento dos profissionais de saúde para Marteau e Johnston (1991 cit. in Pedro 2003) é estruturado segundo o modelo do saber científico em que em determinado contexto, é influenciado de forma determinante as práticas clínicas, a avaliação, o diagnóstico e o programa de tratamentos. No entanto, as práticas realizadas por diferentes profissionais pressupõe abordagens diferentes no contexto dos saberes dos diferentes profissionais de saúde. Para elas existem quatro modelos distintos do comportamento dos profissionais de saúde que são o modelo educacional, modelo cognitivo, teoria da atribuição e o modelo da utilidade esperada subjetiva.

O modelo educacional baseia-se em três níveis, concretamente: saberes médicos aplicados com rigor científico e o estudo das doenças resultantes desse rigor focalizado no objeto de estudo, não tendo em conta a história cultural e social; as crenças de saúde e doença são muitas vezes incompatíveis com os saberes médicos; e os comportamentos de saúde são determinantes para os saberes médicos.

Os profissionais de saúde estimam os utentes na descrição dos sintomas e a sua ação é baseada nas crenças que estes têm acerca dos sintomas do utente, baseadas nos conhecimentos científicos, na necessidade de intervenção e nas estratégias consensuais que eles acreditam ser as mais corretas naquele caso específico. O comportamento dos profissionais de saúde é contextualizado na cognição dos saberes, podendo algumas das crenças destes profissionais serem consideradas saberes.

Para Ogden (1999) o modelo educacional baseia-se na transferência de conhecimentos médicos de um especialista para um leigo e está próxima da teoria de Ley sobre a comunicação médico-utente como já referenciei anteriormente.

O modelo cognitivo segundo Marteau e Johnston (1991 cit. in Pedro 2003) diz-nos que a decisão do tratamento clínico é particular dos (problemas- resolução) e tem em conta os princípios da formulação do pensamento. O diagnóstico clínico é aplicado mediante observação do profissional de saúde conjuntamente com o seu comportamento, tendo em conta a retrospectiva e o cálculo de determinados processos utilizados para resolver problemas semelhantes. O problema do diagnóstico é baseado na formulação de algumas possibilidades de solução dos problemas, em diferentes perspetivas. A informação clínica é uma parte do trabalho sistemático para suportar as suposições, bem como a omissão dos processos

psicossociais que podem enviesar os diagnósticos. A formulação básica de hipóteses é realizada e interpretada transversalmente até à data, e as resoluções de tratamento são dirigidas mediante a avaliação da situação, num determinado momento. As autoras dizem-nos que o profissional de saúde que possui mais experiência com determinado tipo de utentes, têm mais crenças relativas à patologia destes utentes, logo têm mais conhecimentos sobre as complicações adjacentes à situação clínica destes. Contudo, as pessoas quando confrontadas com os julgamentos condicionados e centralizados em diversas situações clínicas com determinadas características, podem usar estratégias tendenciosas. Neste contexto, as pessoas com doença poderão ser influenciadas para determinadas crenças acerca da doença, nomeadamente pelas crenças dos profissionais de saúde (Marteau & Johnston, 1991).

A teoria da atribuição foi desenvolvida por Zuckerman (1979) e consiste em explicar aos utentes o caminho, isto é as estratégias a seguir, com o objetivo de este conseguir alcançar o tratamento/ programa de reabilitação com sucesso. É baseada na evidência e na explicação do sucesso do mesmo, de forma a preponderar a atribuição positiva relativamente ao esforço e atribuir aspetos negativos para as faltas. Esta teoria diz-nos que os comportamentos dos utentes estão habitualmente relacionados com falta de habilidade ou de esforço por parte destes no cumprimento dos tratamentos/ programa de reabilitação (Pedro 2003, cit. in Marteau & Johnston, 1991).

O modelo da utilidade esperada subjetiva, segundo Marteau e Johnston (1991, cit. in Pedro 2003) é uma extensão do modelo de crenças de saúde, aplicando o comportamento humano face à ameaça de saúde. Consiste na formulação do diagnóstico num determinado momento e faz-se a contextualização em relação ao utente, à doença e à situação dos cuidados de saúde. Contudo, este processo pode ser subjetivo e distorcido por processos cognitivos por parte dos profissionais de saúde, transmitindo uma informação aos utentes que predizem comportamentos dos profissionais no tratamento/ programa de reabilitação a implementar a este. Para as autoras os saberes dos profissionais de saúde têm maior eficácia, se as crenças destes, acerca da eficácia do tratamento/ programa de reabilitação forem grandes, com implicações na sua ação e intenção no empenhamento ativo. Em investigações realizadas concluíram que os enfermeiros têm maior performance a implementar hábitos básicos de vida diária que os outros profissionais de saúde.

O modelo biopsicossocial dá importância não só aos aspectos biológicos da saúde humana, mas também a aspectos psicológicos e sociais. Passou a ter-se em conta o equilíbrio entre os diversos aspectos inerentes ao ser humano para conceptualizar a sua saúde, a sua doença e fundamentar as tomadas de decisão relativamente ao processo terapêutico. Tem em

consideração o indivíduo como um todo, realizando as recomendações terapêuticas, tendo em conta os vários problemas simultaneamente. Fala-nos que o profissional de saúde sendo um aprendiz em constante desenvolvimento, evolua também as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva, assegurando que os problemas e preocupações dos utentes são entendidos por aqueles que oferecem cuidado, e que, informação relevante, recomendações e tratamentos são entendidos, lembrados e efetivados pelos utentes. Este modelo pode explicar a inter-relação entre utentes e profissionais de saúde (Taylor, 1995; De Marco, 2006).

A participação de vários profissionais da área da saúde, com abordagem multidisciplinar pode facilitar a adesão e conseqüentemente melhorias na saúde. Todavia, o desenvolvimento de estratégias para melhorar a adesão aos tratamentos é complexo, e depende de vários fatores como o tipo de tratamento, da doença, do utente e das causas que o motivam. Não existem métodos mais ou menos eficazes, sendo o mais importante a combinação de diferentes tipos de intervenção, que tenham em conta o indivíduo quanto às suas características cognitivas, comportamentais e afetivas (Machado, 2009; WHO, 2003).

Bugalho e Carneiro (2004) falam-nos de dois tipos de intervenções: educacionais e comportamentais. Educar o doente em relação à sua doença e ao plano de tratamento é uma estratégia simples e essencial. Estas intervenções facultam informação oral, escrita, audiovisual, informatizada através de sessões em grupo ou individuais. Deve-se assim recorrer a panfletos, filmes, isto é, reforçar a informação transmitida de todas as formas possíveis. A linguagem utilizada pela equipa de profissionais deve ser clara e objetiva, e ir de encontro ao nível cultural e cognitivo do utente. A educação é uma medida simples e vital em qualquer intervenção, mas é consensual a sua pequena eficácia, se utilizada isoladamente.

Vários estudos, têm demonstrado que as intervenções educativas que dizem respeito aos utentes que têm apoio familiar, têm revelado que estes seguem mais rigorosamente o tratamento em detrimento daqueles que vivem isolados (Bugalho & Carneiro, 2004; Machado, 2009; Osterberg & Blaschke, 2005; Sanchez, 2005).

As intervenções comportamentais têm como objetivo alterar costumes e crenças incorporadas no juízo e na rotina de cada utente, isto é, incorporar mecanismos de adaptação, facilitar o cumprimento dos tratamentos propostos, otimizar a comunicação e o aconselhamento, simplificar os regimes terapêuticos, envolver os utentes no tratamento fornecendo memorandos, e atribuir um reforço ou recompensa pela melhoria da adesão ao tratamento/ programa de reabilitação (Bugalho & Carneiro, 2004). Quando falamos de intervenções comportamentais lembramo-nos do modelo de crenças de saúde, explicado

anteriormente, que se fundamenta na identificação das expectativas, das crenças, atitudes e valores dos indivíduos tendo em vista a alteração de determinados comportamentos menos benéficos para a saúde.

Machado (2009), diz-nos que o aumento da adesão aos tratamentos/ programa de reabilitação consegue-se com o estabelecimento de um vínculo com o utente e com o prestador informal de cuidados, através da escuta ativa e de uma relação empática não esquecendo as características socioculturais e a necessidade de apoio psicossocial.

Para Dias et al. (2011, cit. in Turk e Meichenbaum 1991) os profissionais de saúde que assumem um papel de autoritarismo para com os utentes, vão originar comportamentos de medo, ansiedade e excitação por parte destes acerca dos tratamentos/ programa de reabilitação. Este comportamento adotado pelos profissionais de saúde origina habitualmente maus resultados, porque são ignoradas as questões dos utentes. Logo, estes comportamentos resultam em utentes ignorantes perante todo o processo de diagnóstico e tratamento da sua doença, visto que, adquirem comportamentos de medo e ignorância no que diz respeito à realização dos procedimentos ao regime de tratamento, que foram remetidos a cumprir. Concluindo, são utentes insatisfeitos com os cuidados de saúde e pouco colaboradores.

É fundamental que haja uma promoção da comunicação e do aconselhamento direto tanto para o utente como para a família, tendo em conta cada utente individualmente e não só a doença em questão, podendo-se aproveitar a consulta médica e de enfermagem para o realizar. Poderá também utilizar-se o contato direto por via telefónica, ou por mensagens de correio eletrónico, mantendo assim a proximidade, e tornar-se em mais um meio de esclarecimento de dúvidas (Bugalho & Carneiro, 2004; Dias et al., 2011; Turk & Meichenbaum, 1991).

Defendem que deverá ainda haver uma simplificação do tratamento/ programa de reabilitação, ou seja, é mais importante fazer pouco e bem do que muito e mal. A explicação e compreensão das suas indicações, bem como as suas exigências ou restrições são algumas estratégias que facilitam a adesão, sendo imprescindível manter o utente informado sobre os seus progressos e os resultados dos exames auxiliares de diagnóstico (Bugalho & Carneiro, 2004; Machado, 2009).

Os utentes devem envolver-se ativamente no seu tratamento/ programa de reabilitação, permitindo a auto-monitorização e o controlo da sua doença. Assim, estes devem recorrer a estratégias, de forma a prevenir o esquecimento da ida às consultas, da realização de exercícios, socorrendo-se de memorandos como a marcação de consultas no calendário e a utilização de folhetos para recordar os exercícios a executar, e da forma como os deve

realizar. Devemos envolver os utentes no planeamento do tratamento/ programa de reabilitação em todas as vertentes (decisões clínicas, uso de tecnologias, prioridades, nas alterações de estilos de vida, recursos utilizados e nas barreiras que poderiam acontecer), mantendo-os assim, motivados (Bugalho & Carneiro, 2004; Turk & Meichenbaum, 1991).

Deve-se ter também em consideração, o evitar a alteração dos tratamentos/ programa de reabilitação, visto que este é um fator que interfere desfavoravelmente na correta memorização, levando consecutivamente a esquecimentos e à não adesão. Contudo, sendo necessária essa alteração, ela deve ser feita de forma gradual e não repentina. Além disso, as sugestões recomendadas pelos profissionais de saúde devem ser sempre debatidas com os utentes, com o objetivo de se obter consenso, logo maior e melhor adesão (Bugalho & Carneiro, 2004; Osterberg & Blaschke, 2005).

A adesão aos tratamentos/ programa de reabilitação é um comportamento que deve ser incentivado e reforçado, podendo ser utilizados meios de recompensa. Deve-se, por isso, facilitar a aquisição de equipamentos de saúde necessários para melhorar a qualidade de vida e bem-estar e reduzir a frequência das consultas médicas (Bugalho & Carneiro, 2004).

Para Osterberg e Blaschk (2005) os métodos para aumentar a adesão aos tratamentos podem ser agrupados em quatro categorias principais como a educação do utente, a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e utente, as características do tratamento e a disponibilidade dos serviços de saúde no atendimento do utente.

Turk e Meichenbaum (1991, cit. in Pais-Ribeiro 2007), propuseram como resultado das suas investigações uma lista de ações para orientar os profissionais de saúde nas quais incluem: escutar o utente; pedir ao utente para repetir as ações que deve realizar; efetuar prescrições simples com linguagem acessível e de fácil compreensão; recorrer a formas de monitorização do tratamento; contatar o utente caso este falte a uma consulta; prescrever um regime de tratamento que tenha em consideração os horários diários dos utentes; salientar a importância da adesão ao regime de tratamentos em cada consulta efetuada; adaptar a frequência das consultas consoante as necessidades do utente; realçar e elogiar os esforços do utente para aderir ao tratamento/programa de reabilitação proposto; envolver o cônjuge ou outra pessoa significativa no processo de adesão.

Os profissionais de saúde são agentes que devem estar atentos a vários conceitos, dos quais a perceção da saúde, uma vez que vem influenciar a atitude, a postura e a qualidade dos cuidados prestados (WHO, 2003).

A perceção dos profissionais de saúde tem sido estudada por vários profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, farmacêuticos e fisioterapeutas, no entanto, a perspectiva

destes trabalhos está sempre no sentido de avaliar a adesão dos utentes a um determinado tratamento.

Para Gusmão e Jr. (2006) os problemas da não adesão aos tratamentos/ programa de reabilitação são o reflexo das resistências individuais às mudanças da rotina. Para melhorar a adesão os utentes necessitam de apoio específico no sentido de desenvolver capacidades de auto-domínio.

Já Pedro (2003, cit. in Vandal 1999) considera que existem mecanismos fundamentais para que os indivíduos mantenham comportamentos de saúde, nomeadamente comportamentos de adesão aos programas de tratamento e promoção da saúde. Estes mecanismos são baseados na aprendizagem, necessária para que os profissionais de saúde sensibilizem e promovam na população, comportamentos de adesão no sentido de orientar para um papel ativo na auto-gestão e auto-controle da sua saúde. Através de processos de aprendizagem de comportamentos de saúde os indivíduos são motivados a adotar comportamentos de benefício para a saúde. Os indivíduos só têm perceção das estratégias cognitivas que deverão adotar, bem como perceção efetiva de controlo do seu estado de saúde, se a intervenção educativa dos profissionais de saúde for eficaz.

Muitas explicações têm sido consideradas para a não adesão, outras tantas advertências e sugestões têm sido consideradas para reduzir as taxas da não adesão, no entanto, é com os profissionais de saúde na sua relação com os utentes que estas questões da não adesão surgem diariamente. Falamos no caso de médicos, enfermeiros de reabilitação e fisioterapeutas em que a boa adesão do utente ao tratamento/ programa de reabilitação é fundamental para a rentabilidade do seu desempenho profissional. É dentro deste âmbito que se pretende estudar a perceção que têm estes vários profissionais em relação à questão da adesão.

A consciência desta realidade, aliada a uma motivação pessoal, levou-nos à elaboração da seguinte questão central, subjacente à problemática do presente estudo: Como é que os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros de reabilitação e fisioterapeutas), percecionam a adesão dos utentes ao tratamento/ programa de reabilitação?

Acreditamos que se trata de uma temática bastante actual e pertinente não só para a prática clínica dos vários profissionais da saúde, mas também com hipotéticas implicações para toda a cidadania. Com este trabalho não conseguiremos encontrar soluções nem dar resposta a todos os problemas da não adesão, no entanto, esperamos realizar um bom diagnóstico da situação, com o intuito de melhorar as estratégias de acção.

Como tal, pretendemos, com a presente investigação, atingir os seguintes objetivos:

- Caracterizar a percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação;
- Determinar a influência dos determinantes sociodemográficos e profissionais na percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde que facilitam a implementação da adesão aos programas de reabilitação;
- Contribuir para a reflexão sobre os aspetos mais importantes a ter em conta para um aumento da taxa de adesão dos utentes.

## 2 – MATERIAIS E MÉTODO

Partindo do pressuposto que a selecção do instrumental metodológico se deve adequar ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objecto da pesquisa, aos objectivos delineados e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação (Lakatos e Marconi, 1996; Pereira e Poupá, 2004; Hill & Hill, 2005). Este capítulo terá como finalidade descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da nossa pesquisa. Neste sentido, conceptualizámos um estudo transversal de natureza quantitativa e procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (Pedhazur & Schmelkin, 1991), também designado por estudo pós-facto (Kiess e Bloomquist, 1985), estudo de observação passiva (Cook & Campbell, 1979) ou estudo correlacional e de observação (Gil, 1995), dado que no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efectuar a descrição das características da amostra, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis.

Relativamente às variáveis, consideramos a percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação como a nossa variável dependente, e as variáveis sócio demográficas e profissionais, como as nossas variáveis independentes. De salientar que o processo de operacionalização destas variáveis coincide com a descrição funcional dos factores/dimensões dos instrumentos utilizados, tal como é referenciada na interpretação que deles é feita já num dos seguintes sub-capítulos (2.2), subjacente ao material utilizado no âmbito desta investigação.

### 2.1 – AMOSTRA

No contexto deste trabalho de investigação, não nos seria possível estudar a totalidade da população por ser bastante numerosa, sob pena de este se tornar muito moroso, dispendioso e de certo modo até difícil de levar a efeito. Recorremos assim ao processo de amostragem que, segundo Fortin (2009, p.310), não é mais do que recorrer a “um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) escolhida para representar uma população inteira. Sendo o objectivo deste exercício tirar conclusões precisas sobre a população, a partir de um grupo

mais restrito de indivíduos.”

A nossa amostra ficou constituída por 98 indivíduos, 41,84% homens e 58,16% mulheres, distribuídos por três grupos diferentes de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros de reabilitação e fisioterapeutas) que se encontram a trabalhar na área cirúrgica, médica, urgência e intensivista, com exercício de funções em vários hospitais e instituições da região centro e norte. Saliente-se que foram seleccionados muitos profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde da Guarda, devido ao fato do investigador do presente estudo exercer a sua atividade profissional nesta instituição.

Apesar do esforço para que a amostra, que serve de base à nossa investigação, fosse a mais representativa possível do total da população, recorreremos à amostragem não probabilística accidental. Fortin (2009, p.31) refere que “contrariamente à amostragem probabilística, a amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhida para formar a amostra” e é accidental porque “é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos”. Por outras palavras a amostragem accidental permite escolher pessoas que estão no local certo à hora certa. Estamos conscientes que este tipo de amostra é susceptível de provocar enviesamento de alguns resultados, uma vez que pode não ser uma representação fiel da população alvo. No entanto, de modo a minimizar o impacto de eventuais erros de amostragem estabelecemos os seguintes critérios de inclusão: (1) profissionais de saúde habilitados há pelo menos um ano; (2) médicos que prescrevem um programa de reabilitação.

## 2.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi processada com recurso a um instrumento de colheita de dados (apêndice 1), o qual incorpora medidas de avaliação aferidas e validadas para a população portuguesa. Nas pesquisas efetuadas não foi possível encontrar um instrumento de medida da percepção dos profissionais de saúde em relação à adesão dos utentes aos programas de reabilitação, mas um relativo à adesão dos utentes aos tratamentos. Por este motivo, houve a necessidade de adaptar o instrumento à nossa investigação, recorrendo à bibliografia existente sobre o tema, com bases em pressupostos teóricos.

Em concreto, o instrumento de colheita de dados inicia com uma folha de rosto onde consta uma breve introdução, em que se explica, sumativamente, o enquadramento do

trabalho, os aspectos relativos a procedimentos éticos, bem como o objetivo do estudo.

É constituído por perguntas abertas e fechadas (79 no total), subdividido em duas secções: (i) *primeira secção* incorpora a caracterização sócio demográfica e profissional dos profissionais de saúde subjacente a um conjunto de informações relativas às suas características pessoais e profissionais que inclui as variáveis: sexo; idade; categoria profissional; habilitações académicas; tempo de experiência profissional; instituição onde exerce a sua actividade profissional; tempo de serviço onde trabalha atualmente; carga horária semanal; tipo de utentes com que trabalha; trabalha com utentes com patologia específica; (ii) *segunda secção* integra a escala de adesão que pretende mensurar a perceção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação e que possibilita uma recolha de dados e interpretação da sensibilidade dos profissionais a esta questão.

Como já referido, nas pesquisas efetuadas foi possível encontrar um instrumento de medida da perceção dos profissionais de saúde em relação à adesão dos seus utentes aos tratamentos, tendo, nesse contexto, de ser adaptado à adesão dos utentes aos programas de reabilitação.

Esta escala foi construída e adaptada através de teorias e as respetivas respostas são interpretadas através de um esquema estrutural baseada nas mesmas teorias (Ribeiro, 1998).

Esta escala é constituída por 68 itens divididos em 8 subescalas distintas umas das outras de modo que possam medir o construto.

Para a construção dos novos itens seguiram-se as diretrizes de Ercikan, Schwarz & Julian (1998) que passamos a citar: usar frases simples e curtas; utilizar voz ativa; repetir os substantivos em vez de pronomes; evitar metáforas e formas verbais complexas; evitar advérbios e preposições; evitar a forma possessiva; utilizar termos específicos em vez de termos genéricos; evitar palavras vagas.

A escolha das subescalas em 8 partes, e da inclusão dos itens em cada uma delas é baseado nos pressupostos teóricos. Optou-se por esta divisão porque em cada uma destas subdivisões é estudado um aspeto da adesão.

### **1ª Subescala – A adesão relativamente à experiência profissional**

Os primeiros 5 itens (perguntas de 1 a 5), visam caracterizar a população em relação à sua sensibilidade acerca da adesão dos utentes aos programas de reabilitação e dar informações relativas à importância deste tema para a população estudada. Estando o 1º e 5º itens associados ao exercício profissional e o 2º, 3º e 4º itens associados à formação profissional.

### **2ª Subescala – Perceção dos profissionais de saúde, sobre a adesão dos seus utentes**

**aos programas de reabilitação**

É constituída por uma única questão (pergunta nº 6) com o objetivo de assinalar para cada objeto de estudo a sua sensibilidade, quanto à adesão dos seus utentes aos programas de reabilitação, contabilizada numa escala com 10 alternativas de resposta. Pretende-se analisar individualmente a questão.

**3ª Subescala – Concetualização da adesão**

Uma pergunta direta (questão nº 7) sobre o que é a adesão do utente aos programas de reabilitação, a que correspondem três respostas possíveis, baseadas em três teorias diferentes de adesão ao tratamento/ programa de reabilitação e somente uma deverá ser escolhida. A teoria a) é baseada nos estudos de Haynes, (1979) e WHO (2003) a teoria b) foi estudada por Miller, Hill e Ockene, (1997) cit. in Gusmão e Jr. (2006), e a teoria c) foi defendida por Gordon, Smith & Dhillon (2007). Pretende-se verificar se existem diferença nas concetualizações de adesão.

**4ª Subescala – Avaliação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

É constituída por 4 itens, cada um deles avalia, de diferentes formas a adesão dos utentes aos programas de reabilitação (questão nº 8). Os 2 primeiros itens têm características associadas ao controlo da adesão pelo profissional de saúde e os outros 2, através das referências dos utentes. Foi construído baseado nos estudos de Meichenbaum & Turk (1987). Estas questões apesar de estarem agrupadas numa subescala, porque concetualmente elas vão avaliar o mesmo conceito, são na realidade questões diferentes uma das outras, e por isso analisadas individualmente.

**5ª Subescala – Fatores relacionados com os programas de reabilitação, responsáveis pela não adesão**

É constituída por 27 itens que pretendem determinar os fatores mais importantes para a não adesão dos utentes ao programa de reabilitação (pergunta nº 9). Estes dividem-se em 5 grupos ou dimensões. O primeiro grupo é constituído pelos itens de 1 a 12, 19 e 24 que pretendem determinar a não adesão com questões relacionadas com o utente. O segundo grupo constituído por 3 itens (13 a 15) dá mais ênfase à doença. O terceiro grupo é constituído por 2 itens (16 e 17), e relaciona a não adesão com os programas de reabilitação. O quarto grupo composto pelos itens 18, e de 20 a 22 relaciona a não adesão a fatores relacionados com o sistema de saúde. O quinto e último grupo constituído pelo item 23, e de 25 a 27 atribui importância à inter-relação entre profissionais de saúde e utentes. Todos estes grupos estão teoricamente relacionados entre si num único esquema teórico que os relaciona. Nesta caso investiga-se se existem grupos mais importantes que outros para a não adesão,

quais são os grupos ou os itens a que os profissionais dão mais ou menos importância. Todos estes itens foram construídos com base em trabalhos teóricos referenciados anteriormente.

#### **6ª Subescala – Facilitadores da promoção da adesão**

É composta por 4 teorias diferentes que propõem modelos de promoção para adesão ao tratamento, pretendendo-se com este subgrupo estudar a sensibilidade dos profissionais de saúde em relação aos modelos que seriam adotados por eles no sentido de promover a adesão ao programa de reabilitação nos seus utentes (questão nº10). O 1º item baseado no modelo biomédico, o 2º item no modelo da aprendizagem social, o 3º item na teoria do comportamento planeado e o 4º item no modelo de crenças de saúde baseados em pressupostos teóricos anteriormente referenciados. Esta subescala é construída através de diferentes teorias acerca da promoção da saúde.

#### **7ª Subescala – Facilitação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação implementada pelos profissionais de saúde**

É constituído por 15 itens (pergunta nº11), divididos em 3 grupos ou dimensões, os quais são constituídos por 3 teorias psicológicas comportamentais diferentes que estudam a adesão ao tratamento/ programa de reabilitação. Nestes itens pretende-se estudar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde no sentido de implementar a adesão ao tratamento dos seus utentes. Os primeiros 10 itens são baseados nas teorias do Modelo de Hipótese Cognitiva em que o ênfase é feito na informação dada ao utente. O 11º, 12º e 13º no Modelo de Representação de doença, dando mais importância às construções cognitivas que os utentes fazem do seu estado de doença. O 14º e 15º no Modelo da Motivação para a Proteção, o ênfase é dado na motivação para a adesão. Serão avaliados item a item, pois esta escala foi realizada através de vários modelos teóricos.

#### **8ª Subescala – Fatores importantes para o utente no sentido de facilitar a adesão**

É constituída por 11 itens (pergunta nº 12), dividido em 3 grupos ou dimensões diferentes, cada um dos quais constituídos por uma teoria psicológica comportamental que investigam o fenómeno da adesão. Neste subgrupo a relevância é dada aquilo a que o utente dá mais importância para aderir aos tratamentos/ programa de reabilitação, do ponto de vista do profissional de saúde. Diferencia-se do 7º grupo, porque neste era o que o profissional deveria fazer para facilitar a adesão, enquanto na 8ª subdivisão é o que é importante para o utente no sentido de facilitar a adesão. Do 1º ao 5º item dá-se ênfase ao Modelo de Crenças de Saúde que é baseado na crença da vulnerabilidade, gravidade, benefício e custos para a saúde. Do 6º ao 8º itens são baseados no Modelo de Auto-Eficácia, em que se estudam as expectativas em relação ao tratamento. A partir do 9º item, estão de acordo com o Modelo do

Comportamento Planeado que enfatizam o papel das cognições sociais, na forma de normas subjetivas.

As perguntas são todas fechadas, exceto a última pergunta do questionário sócio demográfico e profissional, onde é solicitado a patologia com que o profissional trabalha com maior frequência. As perguntas fechadas dos questionários têm a vantagem do investigador conhecer a natureza das variáveis mais relevantes e querer obter informações quantitativas (Hill & Hill, 2000). Na escala de adesão são adotadas medidas ordinais para cada item. Em cada um deles são aplicadas medidas categorizadas e ordenadas segundo um critério definido (Ribeiro, 1999). Estas escalas admitem uma ordenação numérica para cada categoria, isto é, as respostas alternativas estabelecem uma relação de ordem entre elas. No entanto, não é possível medir a magnitude das diferenças entre as categorias. (Hill & Hill, 2000).

Nos primeiros 5 itens de caracterização da população da amostra em relação à adesão adotou-se por uma escala ordinal em cada um dos itens com 4 opções de escolha (nunca, pouco frequentemente, frequentemente, muito frequentemente). No 6º item, optou-se por uma escala de 0 a 10. No 7º item, é feita uma pergunta para a qual existem três afirmações, em que só uma pode ser respondida, sem utilizada a escala nominal. Nas restantes subescalas, optou-se por uma escala ordinal com quatro opções de escolha correspondente a 1 - Nada Importante, 2 - Pouco Importante, 3 - Importante, 4 - Muito Importante. Entre as 4 opções de escolha o inquirido vai-se posicionar em um dos lados porque não há uma hipótese neutra.

De seguida, serão apresentados os dados psicométricos da escala subjacentes à amostra do nosso estudo.

### **2.2.1 – Dados Psicométricos da Escala**

A caracterização ao nível do contexto das subescalas permitir-nos-á avaliar o grau de consistência ou concordância entre dois conjuntos de notas independentes, sendo esta encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens. Foi estudada a consistência interna nas subescalas do instrumento, exceto na 2ª subescala (que é constituída por apenas um item) e na 3ª subescala (que é uma escala nominal).

#### **▪ 1ª Subescala - A adesão relativamente à experiência profissional**

A 1ª subescala que avalia a adesão relativamente à experiência profissional (cf. Tabela 1) é constituída por 5 itens em que o valor de alpha é 0,75, logo, existe uma relação entre os

itens na avaliação deste construto.

**Tabela 1 – Consistência interna da 1ª subescala**

<b>Itens</b>	$\bar{x}$	<b>Dp</b>	<b>R item-total (s/item)</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach (s/item)</b>
<b>Item 1</b>	2,56	0,86	0,452	0,726
<b>Item 2</b>	2,30	0,80	0,586	0,673
<b>Item 3</b>	2,07	0,81	0,517	0,699
<b>Item 4</b>	1,79	0,76	0,583	0,676
<b>Item 5</b>	2,79	0,74	0,423	0,731
<b>Total</b>	<b>2,30</b>	-	-	<b>0,75</b>

▪ **4ª Subescala - Avaliação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

A 4ª subescala pretende avaliar a adesão dos utentes ao programa de reabilitação, e é constituída, na sua versão original, por 4 itens. Contudo, verificou-se que o item 1 não cumpria os critérios de correlação, visto não apresentar uma correlação superior a 0,20 (0,19), logo, por esse motivo foi retirado não sendo considerado no nosso estudo. Analisando a consistência interna descrita na tabela 2, podemos concluir que apesar do valor de alfa (0,48) ser próximo 0,50, este valor é baixo, logo, estes itens não se relacionam entre si, apesar de supostamente avaliarem o mesmo construto.

**Tabela 2 – Consistência interna da 4ª subescala**

<b>Itens</b>	$\bar{x}$	<b>Dp</b>	<b>R item-total (s/item)</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach (s/item)</b>
<b>Item 2</b>	2,90	0,77	0,284	0,438
<b>Item 3</b>	3,14	0,63	0,260	0,448
<b>Item 4</b>	3,46	0,56	0,384	0,271
<b>Total</b>	<b>3,17</b>	-	-	<b>0,48</b>

▪ **5ª Subescala - Fatores relacionados com os programas de reabilitação, responsáveis pela não adesão**

A 5ª subescala analisa os fatores que determinam a não adesão ao tratamento. É

constituída por 27 itens divididos em 5 dimensões diferentes descritas na tabela 3, encontrando-se os valores de alfa para cada dimensão e o valor do alfa da subescala. Analisando os resultados, verifica-se que os vários alfas das dimensões encontram-se entre 0,61 (valor mais baixo) e 0,80 (valor mais alto), podendo considerar-se que os valores aceitam a consistência interna das dimensões. O alfa total é de 0,90, logo, temos um nível de consistência interna elevada.

*Tabela 3 – Consistência interna por dimensões da 5ª subescala*

<b>Grupo/ Dimensão</b>	<b>Itens</b>	$\bar{x}$	<b>Dp</b>	<b>R item- total (s/item)</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach (s/item)</b>
<b>1º Utente</b>	<b>Item 1</b>	3,52	0,63	0,504	0,784
	<b>Item 2</b>	3,36	0,63	0,428	0,790
	<b>Item 3</b>	3,54	0,64	0,362	0,795
	<b>Item 4</b>	3,00	0,75	0,461	0,787
	<b>Item 5</b>	3,04	0,77	0,513	0,782
	<b>Item 6</b>	3,37	0,62	0,296	0,799
	<b>Item 7</b>	3,37	0,62	0,400	0,792
	<b>Item 8</b>	3,13	0,70	0,483	0,785
	<b>Item 9</b>	3,36	0,63	0,540	0,782
	<b>Item 10</b>	3,36	0,75	0,489	0,784
	<b>Item 11</b>	3,19	0,71	0,373	0,784
	<b>Item 12</b>	3,37	0,71	0,335	0,797
	<b>Item 19</b>	3,21	0,68	0,397	0,792
	<b>Item 24</b>	2,43	0,86	0,360	0,797
<i>Total</i>		<b>3,23</b>	-	-	<b>0,80</b>
<b>2º Doença</b>	<b>Item 13</b>	3,05	0,61	0,407	0,522
	<b>Item 14</b>	3,04	0,66	0,520	0,344
	<b>Item 15</b>	3,27	0,62	0,332	0,623
<i>Total</i>		<b>3,12</b>	-	-	<b>0,61</b>
<b>3º ProgReab</b>	<b>Item 16</b>	3,07	0,61	0,542	-
	<b>Item 17</b>	3,01	0,71	0,542	-
<i>Total</i>		<b>3,04</b>	-	-	<b>0,70</b>
<b>4º Sistema Saúde</b>	<b>Item 18</b>	2,74	0,69	0,520	0,661
	<b>Item 20</b>	3,03	0,77	0,596	0,613
	<b>Item 21</b>	2,98	0,67	0,428	0,712
	<b>Item 22</b>	3,17	0,69	0,518	0,662
<i>Total</i>		<b>2,98</b>	-	-	<b>0,72</b>
<b>5º Inter-relação</b>	<b>Item 23</b>	3,33	0,71	0,541	0,778
	<b>Item 25</b>	3,20	0,67	0,745	0,665
	<b>Item 26</b>	3,42	0,57	0,574	0,758
	<b>Item 27</b>	3,21	0,61	0,573	0,756
<i>Total</i>		<b>3,29</b>	-	-	<b>0,79</b>
<b>Alfa Total</b>					<b>0,90</b>

▪ **6ª Subescala - Facilitadores da promoção da adesão**

A 6ª subescala analisa os fatores facilitadores da promoção da adesão através de 4 teorias/ modelos, cada um relacionado com um modelo de promoção de saúde. Foi retirado o item 4 relativo à teoria dos sistemas visto não cumprir os critérios de correlação, isto é, não apresentar uma correlação superior a 0,20 (0,18). O valor de alpha encontrado é de 0,52, o que permite concluir que existe relação entre as teorias/ modelos (cf. Tabela 4).

*Tabela 4 – Consistência interna da 6ª subescala*

<b>Teorias/ Modelos</b>	$\bar{x}$	Dp	<b>R item-total (s/item)</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach (s/item)</b>
<b>1º - Modelo Biomédico</b>	2,84	0,73	0,322	0,483
<b>2º - Modelo Aprendizagem Social</b>	3,55	0,56	0,486	0,202
<b>3ª - Teoria Crença Racional</b>	3,53	0,54	0,244	0,559
<i>Total</i>	<i>3,306</i>	-	-	<i>0,52</i>

▪ **7ª Subescala - Facilitação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação implementada pelos profissionais de saúde**

A 7ª subescala pretende analisar a implementação e facilitação dos profissionais de saúde para que os utentes adiram ao programa de reabilitação, e é constituída por 15 itens que se dividem em 3 teorias/ modelos diferentes, sendo cada uma delas/ deles baseado num modelo de comportamento de saúde. Analisando a tabela 5, verifica-se que os vários alfas das dimensões encontram-se entre 0,51 (valor mais baixo) e 0,84 (valor mais alto), podendo considerar-se que os valores aceitam a consistência interna das dimensões. O alfa total é de 0,88, logo, temos um nível de consistência interna elevada.

*Tabela 5– Consistência interna por dimensões da 7ª subescala*

<b>Teorias/ Modelos</b>	<b>Itens</b>	$\bar{x}$	<b>Dp</b>	<b>R item-total (s/item)</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach (s/item)</b>
<b>1º Hipótese Cognitiva</b>	<b>Item 1</b>	3,54	0,54	0,491	0,826
	<b>Item 2</b>	3,64	0,48	0,421	0,832
	<b>Item 3</b>	3,44	0,61	0,591	0,816
	<b>Item 4</b>	3,26	0,68	0,467	0,829
	<b>Item 5</b>	3,12	0,65	0,599	0,815
	<b>Item 6</b>	3,08	0,70	0,547	0,821
	<b>Item 7</b>	3,26	0,63	0,450	0,830
	<b>Item 8</b>	3,44	0,56	0,551	0,820
	<b>Item 9</b>	3,41	0,55	0,638	0,813
	<b>Item 10</b>	3,31	0,56	0,566	0,819
<b>Total</b>		<b>3,35</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0,84</b>
<b>2º Representação da doença</b>	<b>Item 11</b>	3,20	0,57	0,332	0,388
	<b>Item 12</b>	3,14	0,50	0,342	0,377
	<b>Item 13</b>	3,55	0,54	0,294	0,451
<b>Total</b>		<b>3,30</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0,51</b>
<b>3º Motivação Proteção</b>	<b>Item 14</b>	3,40	0,57	0,544	-
	<b>Item 15</b>	3,66	0,54	0,544	-
<b>Total</b>		<b>3,53</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0,70</b>
<b>Alfa Total</b>					<b>0,88</b>

▪ **8ª Subescala - Fatores importantes para o utente no sentido de facilitar a adesão**

Na 8ª subescala analisam-se os fatores importantes para o utente no sentido de facilitar a adesão, e é constituída por 11 itens que se dividem em 3 teorias/ modelos diferentes, sendo cada uma delas/ deles baseado num teoria comportamental de saúde. Analisando a tabela 6, verifica-se que os vários alfas das dimensões encontram-se entre 0,69 (valor mais baixo) e 0,73 (valor mais alto), podendo considerar-se que os valores aceitam a consistência interna das dimensões. O alfa total é de 0,85, logo, temos um nível de consistência interna elevada.

*Tabela 6 – Consistência interna por dimensões da 8ª subescala*

<b>Teorias/ Modelos</b>	<b>Itens</b>	$\bar{x}$	Dp	<b>R item-total (s/item)</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach (s/item)</b>
<b>1º Modelo Crenças de Saúde</b>	<b>Item 1</b>	3,10	0,62	0,507	0,683
	<b>Item 2</b>	3,31	0,54	0,527	0,677
	<b>Item 3</b>	3,19	0,59	0,606	0,644
	<b>Item 4</b>	3,76	0,45	0,272	0,756
	<b>Item 5</b>	3,05	0,72	0,579	0,655
<b>Total</b>		<b>3,28</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0,73</b>
<b>2º Modelo Auto- Eficácia</b>	<b>Item 6</b>	3,44	0,61	0,513	0,581
	<b>Item 7</b>	3,57	0,56	0,621	0,455
	<b>Item 8</b>	3,30	0,65	0,395	0,740
<b>Total</b>		<b>3,43</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0,69</b>
<b>3º Modelo Comp. Planeado</b>	<b>Item 9</b>	3,55	0,56	0,482	0,705
	<b>Item 10</b>	3,15	0,71	0,549	0,646
	<b>Item 11</b>	3,34	0,57	0,625	0,544
<b>Total</b>		<b>3,35</b>			<b>0,72</b>
<b>Alfa Total</b>					<b>0,85</b>

### 2.3 – PROCEDIMENTOS

Tendo como principal preocupação escolher uma amostra representativa da população, o Instrumento de Colheita de Dados (ICD) foi aplicado aos enfermeiros especialistas de reabilitação, médicos que prescrevem um programa de reabilitação e fisioterapeutas, como já referenciado. Inicialmente foi efetuado um pedido de autorização à comissão de ética da escola. Para o efeito, foram apresentados os objetivos e as condições necessárias para a aplicação do instrumento supracitado, enfatizando o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, com vista a garantir o cumprimento das normas éticas de investigação, a responsabilidade científica e profissional, o respeito pelos direitos humanos e pela dignidade da pessoa, a salvaguarda dos interesses do participante e a reputação do Instituto em que é realizado o estudo.

Posteriormente foi pedida a autorização aos diretores clínicos de alguns serviços onde era do nosso interesse fazer a recolha dos dados (apêndice 2), sendo que, em outros casos não terá sido necessária esta autorização, visto que o conselho de administração deu parecer positivo apesar de não possuir a autorização de todos os serviços. Este procedimento foi apenas o realizado na ULS Guarda, sendo os restantes ICD enviados/entregues pessoalmente fora das instituições, e a título pessoal.

Após a autorização na ULS Guarda para proceder à colheita de dados e tendo presente os critérios de inclusão, os participantes foram convidados a participar na investigação, sendo-lhes salientado que a participação era livre e explicado qual a finalidade e o procedimento a seguir. A recolha de dados apenas foi realizada após consentimento livre e esclarecido, por escrito, tendo decorrido desde o dia 17 de Junho a 16 de Setembro de 2013. A informação recolhida foi tratada e processada no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0 para Windows.

Do ponto de vista da análise estatística a nossa amostra é caracterizada recorrendo-se a medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (coeficiente de variação e desvio padrão) e medidas da forma da distribuição dos elementos da amostra (medidas de assimetria e achatamento), de acordo com as características das variáveis em estudo. Partindo deste pressuposto, os resultados relativos a variáveis qualitativas serão apresentados recorrendo a frequências absolutas e relativas; os resultados relativos a variáveis quantitativas serão apresentados recorrendo a:

- Medidas de tendência central – Média ( $\bar{x}$ );
- Medidas de dispersão – Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV%);
- Medida de assimetria e achatamento.

Para análise do coeficiente de variação (CV<sup>1</sup>), que permite comparar a percentagem de dispersão de uma variável face à outra admitimos os intervalos de dispersão sugeridos por Pestana e Gageiro (2003, p.89):  $CV \leq 15\%$  – dispersão fraca;  $15\% < CV \leq 30\%$  – dispersão moderada e  $CV > 30\%$  – dispersão elevada.

A medida de assimetria Skewness (SK) calcula-se através do quociente entre (SK) com erro padrão (Std. Error). Se SK/Stderror oscilar entre -1,96 e 1,96 a distribuição é simétrica. Mas se SK/Stderror for inferior a -1,96, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita. Quando SK/Stderror for superior a 1,96, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda (Pestana & Gageiro, 2008). Segundo os mesmos autores, nas medidas de achatamento ou curtose (K) o resultado obtém-se da mesma forma. Assim, esta medida é obtida pelo quociente K/Stderror. Diz-se que a distribuição é mesocúrtica se  $-1,96 < K/Stderror < 1,96$ . Para K inferior a -1,96 diz-se que a distribuição é platicúrtica; se superior a 1,96, a distribuição é designada por leptocúrtica. Estas medidas de simetria são aplicadas a variáveis de natureza quantitativa.

---

<sup>1</sup>Medida de dispersão que relativiza a comparação entre amostras.

Relativamente à estatística inferencial, e tendo como objetivo o estabelecimento de relações entre variáveis, foram aplicados testes estatísticos paramétricos e para estudo de proporções de estatística, os não paramétricos.

Na análise dos resultados foram objeto de descrição mais detalhada, apenas, os dados estatisticamente significativos em função dos testes estatísticos paramétricos utilizados<sup>2</sup>:

(1) **Teste *t* de Student**, para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais (Pestana & Gageiro, 2008);

(2) **Análise de Variância (ANOVA)**, procedimento **One-Way** com teste de contrastação entre grupo Tukey – permite analisar o efeito de um fator na variável endógena/dependente testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. É uma extensão do teste *t* de Student usado na comparação de duas médias, já que o One-Way Anova permite comparar duas ou mais médias. No teste *t* de Student a variável exógena é dicotómica, enquanto no One-Way Anova tem de ser apenas qualitativa, com duas ou mais categorias. Quando se testa a igualdade de mais de duas médias, e dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se aos testes *Post-hoc*, à análise da tendência ou às comparações planeadas, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2008);

(3) **Correlação de Pearson**<sup>3</sup>, foram tomados por referência os indicadores expressos por Pestana & Gageiro (2003, p. 189) que vinculam que valores de *R* menores que 0,2 indicam uma associação muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e por fim entre 0,9 e 1 uma associação muito alta.

(4) **Teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ )**<sup>4</sup> para o estudo de relações entre variáveis nominais, aplicando-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se

---

<sup>2</sup> Tal como referem Pestana e Gageiro (2008) se amostra for inferior a 30, os testes estatísticos exigem a verificação da normalidade, cuja validação se faz através do teste K-S ou do teste de Shapiro-Wilk e no caso de violação da normalidade leva a que se recorra aos testes não paramétricos. Como a nossa amostra tem um *n* de 50, segundo estes autores poderá optar-se pela realização de testes paramétricos como foi o caso.

<sup>3</sup> O coeficiente de correlação de *r* de Pearson é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e + 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos maior é associação linear. Segundo Murteira (1993, cit. in Pestana e Gageiro, 2003, p.189) “A correlação indica que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, mas, sim, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente (em média, com maior frequência) pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso”.

<sup>4</sup> O teste Qui-Quadrado pressupõe que em tabelas superiores a 2x2, nenhuma célula da tabela tenha frequência inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Se estes pressupostos não foram garantidos, o nível de significância pode ser enganador pelo que é aconselhável recorrer aos resíduos ajustados estandardizados.

inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência, ou seja, os valores do teste pertencem à região crítica (Pestana & Gageiro, 2008).

Efetuamos também análises de resíduos ajustados para identificação dos valores significativos, pois como referem Pestana e Gageiro (2003, p.141) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui-quadrado na medida em que (...) “os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou (...)“os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis”. Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a 0,05, os seguintes valores de referência:

- $\geq 1,96$  diferença estatística significativa;
- $< 1,96$  diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

Salientamos ainda que, em toda a análise estatística, assumimos 0,05 como valor crítico de significância para os resultados dos testes estatísticos, rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor. Assumimos os seguintes níveis de significância:  $p \geq 0,05$  - não significativo;  $p < 0,05$  - ligeiramente significativo;  $p < 0,01$  - muito significativo e  $p < 0,001$  - muitíssimo significativo (Pestana & Gageiro, 2003).

(5) *Alfa de Cronbach*, é utilizado para medir a variância devido à heterogeneidade dos itens. É tradicionalmente utilizado em escalas de tipo Likert. Kline (1993) defendeu que este coeficiente constitui o índice mais importante de fiabilidade de um teste. Lewis-Bech (1994, cit. in Ponte & Canavarro, 1997) referiu que se trata da solução mais geral para a avaliação da consistência interna e sustenta, fundamentando-se nos critérios de Kaiser, que os seus valores devem situar-se acima de 0,50.

### 3- RESULTADOS

Tendo por referência os objetivos que orientaram a presente investigação, neste capítulo, subjacente à análise dos resultados, procuramos caracterizar não apenas os scores obtidos, pelos sujeitos da nossa amostra, para a variável dependente e independentes em estudo, como também analisar como estas variáveis se associam entre si.

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim, através do estudo das associações entre as variáveis independentes e a variável dependente da nossa investigação, à verificação da validade dos objetivos formulados.

#### 3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A análise da estatística descritiva consiste na delineação das características da amostra em estudo, da qual provêm os dados colhidos. Permite ainda descrever os valores obtidos através da medida das variáveis (Fortin, 2009). Neste sentido, por uma questão de organização estrutural, subdividimos a análise descritiva dos resultados:

- Caracterização sóciodemográfica e profissional;
- Caracterização da perceção da adesão;

A apresentação destes dados surge esquematizada em várias tabelas e quadros, precedidas das análises correspondentes, salientando-se que a análise inerente às frequências relativas e percentuais será processada em função dos valores expressos na coluna das respetivas tabelas.

##### ▪ **Caraterização sóciodemográfica e profissional**

Os resultados apresentados neste subcapítulo contextualizaram todo um conjunto de características sociodemográficas e profissionais inerentes aos profissionais de saúde, com referência para o sexo, idade, categoria profissional, habilitações académicas, tempo de experiência profissional, instituição onde exerce actividade profissional, tempo de serviço onde trabalha actualmente, carga horária semanal, tipo de utentes com que trabalha e patologia específica desses utentes.

### ▪ Idade

Pela análise da tabela 7, podemos constatar que a amostra é constituída por 98 indivíduos, 41 do sexo masculino (41,84%) e 57 do sexo feminino (58,16%) com idades que oscilam entre um mínimo de 22 anos e um máximo de 58 anos. A idade média é de 39,80 anos com um desvio padrão de 9,96 anos e um coeficiente de variação de 25,00%, que nos indica a existência de uma dispersão moderada ( $15\% < CV \leq 30\%$ ) inferior à média. Analisando as estatísticas relativas à idade em função do sexo, verificamos que a média de idades para o sexo masculino ( $\bar{x} = 40,83$ ) é superior à do sexo feminino ( $\bar{x} = 39,05$ ), apresentando uma dispersão moderada no sexo masculino ( $15\% < CV \leq 30\%$ ) e uma dispersão moderada no sexo feminino ( $15\% < CV \leq 30\%$ ), contudo as diferenças entre médias não são estatisticamente significativas ( $t=0,870$ ;  $p=0,906$ ). Com base nas medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness/Std. Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), podemos concluir que a distribuição das idades, em ambos os sexos, é simétrica e platicúrtica.

*Tabela 7 – Estatísticas relativas à idade segundo o género*

Idade	N	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/ Std.E	K/Std.E	CV (%)
<b>Masculino</b>	41	24	58	40,83	10,13	0,27	-1,85	24,81
<b>Feminino</b>	57	22	54	39,05	9,85	-0,45	-2,14	25,22
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>22</b>	<b>58</b>	<b>39,80</b>	<b>9,96</b>	<b>-0,12</b>	<b>-2,62</b>	<b>25,00</b>

( $t=0,870$ ;  $p=0,906$ )

### ▪ Grupo Etário

Analisando os resultados em função da distribuição da amostra por grupos etários (cf. Tabela 8), constatamos que o grupo etário mais representativo é o dos 30 aos 39 anos de idade (31,7%) seguindo-se os grupos dos 40 aos 49 anos e o dos 50 aos 59 anos (ambos com 25,5%) surgindo por último o grupo etário dos 20 aos 29 anos de idade com uma representatividade de 17,3%.

Particularizando a análise em função do sexo podemos constatar que as idades compreendidas entre os 50-59 anos apresenta uma maior representatividade para o sexo masculino com 31,6% e no grupo etário compreendido entre os 30-39 anos apresenta uma maior representatividade no sexo feminino 33,3% respetivamente, seguindo-se o grupo etário 30-39 anos para o sexo masculino (29,3%) e o grupo etário 40-49 para o sexo feminino (28,1%). As idades compreendidas entre os 40-49 anos para o sexo masculino representam

(22,0%) e para o sexo feminino as idades entre os 50-59 anos (21,1%). O último grupo etário dos 20-29 anos para o sexo masculino corresponde a 17,1% e para o feminino 17,5%. Contudo, ao realizarmos uma análise mais detalhada através dos valores residuais concluímos que estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $res.<1,96$ ).

**Tabela 8 – Estatísticas relativas ao grupo etário segundo o género**

Variável	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Grupo Etário</b>									
20-29		7	17,1	10	17,5	17	17,3	-0,1	0,1
30-39		12	29,3	19	33,3	31	31,7	-0,4	0,4
40-49		9	22,0	16	28,1	25	25,5	-0,7	0,7
50-59		13	31,6	12	21,1	25	25,5	1,2	-1,2
<i>Total</i>		<i>41</i>	<i>100,00</i>	<i>57</i>	<i>100,00</i>	<i>98</i>	<i>100,00</i>		

#### ▪ Categoria Profissional e Habilitações Académicas

Pela análise detalhada dos dados apresentados no quadro 1, podemos observar que, no que diz respeito à distribuição da amostra por categoria profissional, a maior parte (63,3%) dos inquiridos são enfermeiros de reabilitação, 21,4% são fisioterapeutas e médicos são 15,3%. Como na amostra total, temos como mais representativo a categoria profissional de enfermeiro de reabilitação, o sexo feminino representado com 66,7% e no sexo masculino com 58,6%. Procedendo à análise dos valores residuais ajustados que nos indicam onde se localizam as diferenças significativas, concluímos que existem diferenças estatísticas significativas ( $res.>1,96$ ), no grupo dos médicos do sexo masculino.

Os participantes em geral possuem pós-licenciatura (59,2%), dos quais 63,4% estão representados pelo sexo masculino e 56,1% pelo feminino. Analisando os valores residuais ajustados, podemos concluir que as diferenças estatísticas não são significativas ( $res.<1,96$ ).

**Quadro 1** – Caracterização do indivíduo por gênero: categoria profissional, habilitações acadêmicas

Variáveis \ Gênero	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Categoria Profissional</b>								
Médico	11	26,8	4	7,0	15	15,3	2,7	-2,7
Enfermeiro	24	58,6	38	66,7	62	63,3	-0,8	0,8
Fisioterapeuta	6	14,6	15	26,3	21	21,4	-1,4	1,4
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,00</b>	<b>57</b>	<b>100,00</b>	<b>98</b>	<b>100,00</b>		
<b>Habilitações Acadêmicas</b>								
Licenciatura ou equivalente	10	24,4	14	24,6	24	24,5	0,0	0,0
Pós-licenciatura	26	63,4	32	56,1	58	59,2	0,7	-0,7
Mestrado	5	12,2	11	19,3	16	16,3	-0,9	0,9
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,00</b>	<b>57</b>	<b>100,00</b>	<b>98</b>	<b>100,00</b>		

### ▪ Tipo de Mestrado

No que diz respeito ao tipo de mestrado que os inquiridos possuem (cf. Quadro 2) é mais representativo o de Reabilitação com 31,3%, seguindo-se o de Reabilitação e Gestão de Unidades de Saúde com 18,8%. Particularizando esta análise em função do sexo, é no mestrado de reabilitação que as mulheres se evidenciam com 45,4%, e no mestrado de Gestão de Unidades de Saúde os homens com 40,0%. O mestrado de reabilitação (45,4%), ciências de Enfermagem (18,2%) e bioética (9,1%) encontra-se apenas representado pelo sexo feminino, em contraposição o de Pediatria (20,0%) e Gestão de Unidades de Saúde (40,0%) apenas é representado pelo sexo masculino. Possuímos um maior número de mestrados do sexo feminino que do masculino. Apesar do teste de Qui-Quadrado não permitir aferir conclusões, visto não se reunirem os pressupostos para a sua realização, podemos contudo analisar os valores residuais ajustados. Porém, analisando os seus resultados, podemos concluir que não podemos fazer esta interpretação porque apresenta um valor máximo de apenas cinco elementos no total da linha.

**Quadro 2** – Caracterização dos profissionais de saúde por gênero: tipo de mestrado

Variáveis \ Gênero	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Tipo de Mestrado</b>								
Pediatria	1	20,0	-	0,0	1	6,2	Não aplicável	
Saúde e Aparelho Respiratório	1	20,0	1	9,1	2	12,5	Não aplicável	
Reabilitação	-	0,0	5	45,4	5	31,3	Não aplicável	
Gestão de Unidades de Saúde	2	40,0	-	0,0	2	12,5	Não aplicável	
Ciências de Enfermagem	-	0,0	2	18,2	2	12,5	Não aplicável	
Reabilitação e Gestão U. Saúde	1	20,0	2	18,2	3	18,8	Não aplicável	
Bioética	-	0,0	1	9,1	1	6,2	Não aplicável	
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,00</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>		

### ▪ **Experiência Profissional**

Tendo por análise a tabela 9, verificamos que os indivíduos da amostra apresentam entre 1 ano a 33 anos de experiência profissional. A média de anos é de 16,87, com um desvio padrão de 9,60 anos e um coeficiente de variação de 56,90%, que nos indica a existência de uma dispersão elevada ( $CV > 30\%$ ). Quanto à experiência profissional em relação ao sexo, também existe uma dispersão elevada ( $CV > 30\%$ ) em ambos os sexos. Podemos concluir que estamos perante uma dispersão elevada quer para ambos os sexos, quer para a totalidade da amostra ( $CV > 30\%$ ). Podemos afirmar que relativamente à experiência profissional, em ambos os sexos, tendo como referência as medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness/Std. Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), é simétrica e platicúrtica. Contudo, as diferenças entre médias não são estatisticamente significativas ( $t=0,307$ ;  $p=0,685$ ).

**Tabela 9**–Estatísticas relativas à experiência profissional segundo o género

Experiência Profissional	n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/Std.E	K/Std.E	CV (%)
Masculino	41	2	33	17,22	9,65	0,33	-1,96	<b>56,04</b>
Feminino	57	1	31	16,61	9,63	-0,51	-1,98	<b>57,98</b>
<i>Total</i>	<i>98</i>	<i>1</i>	<i>33</i>	<i>16,87</i>	<i>9,60</i>	<i>-0,18</i>	<i>-2,68</i>	<i>56,90</i>

( $t=0,307$ ;  $p=0,685$ )

### ▪ **Instituição e Serviço onde exerce a sua actividade profissional, como a carga horária semanal e o tipo de utentes com que trabalha**

Relativamente aos resultados inerentes à instituição, expressos no quadro 3, podemos afirmar que a maioria dos inquiridos exerce a sua actividade profissional na ULS Guarda (45,9%), seguindo-se CHCB (10,2%), e em último o ACES Alto Tâmega e Barroso com 1,0%. A maioria da nossa amostratanto para o sexo masculino (53,8%) como para o sexo feminino (40,3%) trabalha na ULS Guarda. O ACES Alto Tâmega e Barroso encontra-se apenas representado pelo sexo feminino (1,8%), constituído por um elemento.

Analisando os valores residuais ajustados, podemos concluir que em quatro das linhas não podemos fazer esta interpretação porque apresentam um valor inferior a oito elementos. Contudo, na instituição CHTMAD no sexo feminino, concluímos que existem diferenças

estatísticas significativas (res.>1,96).

Quando falamos das especialidades, verificamos que a maioria dos nossos inquiridos trabalha na área cirúrgica (36,6%) seguida da área de MFR com 29,6%. Particularizando esta análise em função do sexo, é no sexo feminino que existe uma maior representatividade do serviço de MFR (35,0%) seguida da especialidade cirúrgica com 31,6%. É de referir que existem igual número de inquiridos da nossa amostra a trabalhar na área cirúrgica. Relativamente aos valores residuais ajustados, conclui-se que as diferenças estatísticas não são significativas (res.<1,96).

No que diz respeito à carga horária semanal podemos afirmar que 59,2% da amostra pratica o horário de 35 horas, seguida das 40 horas (32,7%) e 42 horas (6,1%), sendo apenas de 1,0% quem pratica as 39 e 45 horas semanais. Particularizando a análise em função do sexo é predominantemente o sexo feminino que apresenta uma carga horária semanal de 35 horas com 68,4%, e 29,8% de 40 horas semanais. O horário semanal de 39 horas encontra-se apenas representado pelo sexo feminino (1,8%), constituído apenas por um elemento. São apenas os homens que praticam o horário de 42 horas (14,6%) e 45 horas (2,4%). Nas linhas que podemos analisar os valores residuais ajustados, conclui-se que existem diferenças significativas (res.>1,96), em quem pratica um horário de 35h semanais no sexo feminino.

Quanto ao tipo de utentes com que a amostra trabalha, verificamos que esta trabalha principalmente com ambos os tipos de utentes, isto é, tanto com utentes agudos como crónicos (76,5%). Da análise em função do sexo, tanto no sexo feminino (77,2%), como no sexo masculino (75,6%), se verifica essa tendência. Fazendo uma análise detalhada dos valores residuais ajustados, as diferenças não são significativas (res.<1,96).

**Quadro 3**– Caracterização da amostra pela instituição e especialidade onde exerce a sua atividade profissional, a carga horária semanal e o tipo de utentes com que trabalha, segundo o sexo

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Instituição</b>									
ULS Guarda		22	53,8	23	40,3	45	45,9	1,3	-1,3
ULS Seia		3	7,3	4	7,0	7	7,1	Não aplicável	
Hospital S. Teotónio – Viseu		3	7,3	4	7,0	7	7,1	Não aplicável	
HUC		3	7,3	5	8,8	8	8,2	-0,3	0,3
Instituição Privada		3	7,3	5	8,8	8	8,2	-0,3	0,3
CHTMAD		1	2,4	8	14,0	9	9,2	-2,0	2,0
ACES Alto Tâmega e Barroso		-	0,0	1	1,8	1	1,0	Não aplicável	
ACES Gerês/ Cabreira		1	2,4	2	3,5	3	3,1	Não aplicável	
CHCB		5	12,2	5	8,8	10	10,2	0,6	-0,6
<b>Total</b>		<b>41</b>	<b>100,00</b>	<b>57</b>	<b>100,00</b>	<b>98</b>	<b>100,00</b>		
<b>Especialidades</b>									
Cirúrgica		18	43,9	18	31,6	36	36,6	1,2	-1,2
Médica		11	26,8	16	28,1	27	27,6	-0,1	0,1
Urgência		1	2,4	2	3,5	3	3,1	Não aplicável	
Intensivista		2	4,9	1	1,8	3	3,1	Não aplicável	
MFR		9	22,0	20	35,0	29	29,6	-1,4	1,4
<b>Total</b>		<b>41</b>	<b>100,00</b>	<b>57</b>	<b>100,00</b>	<b>98</b>	<b>100,00</b>		
<b>Carga Horária Semanal</b>									
35		19	46,4	39	68,4	58	59,2	-2,2	2,2
40		15	36,6	17	29,8	32	32,7	0,7	-0,7
45		1	2,4	-	0,0	1	1,0	Não aplicável	
42		6	14,6	-	0,0	6	6,1	Não aplicável	
39		-	0,0	1	1,8	1	1,0	Não aplicável	
<b>Total</b>		<b>41</b>	<b>100,00</b>	<b>57</b>	<b>100,00</b>	<b>98</b>	<b>100,00</b>		
<b>Tipo de Utentes</b>									
Crónicos		2	4,9	6	10,5	8	8,2	-1,0	1,0
Agudos		8	19,5	7	12,3	15	15,3	1,0	-1,0
Ambos		31	75,6	44	77,2	75	76,5	-0,2	0,2
<b>Total</b>		<b>41</b>	<b>100,00</b>	<b>57</b>	<b>100,00</b>	<b>98</b>	<b>100,00</b>		

▪ **Tempo de serviço onde trabalha atualmente**

No que respeita ao tempo de serviço onde o profissional de saúde trabalha atualmente (cf. Tabela 10), concluímos que em média, os homens apresentam melhor score no tempo de serviço, comparativamente às mulheres (9,78 para 6,86), contudo as diferenças não são estatisticamente significativas ( $t=-2,255$ ;  $p=0,479$ ). Pelos resultados obtidos tendo em conta os valores de referência para valores de simetria (skewness) e de achatamento (kurtosis) podemos afirmar que a distribuição do tempo de serviço é assimétrica positiva e mesocúrtica para a totalidade da amostra, quer em ambos os sexos.

**Tabela 10**–Estatísticas relativas ao tempo de serviço onde trabalha actualmente segundo o género

Tempo de Serviço	n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/ Std.E	K/Std.E	CV (%)
Masculino	41	1	25	9,78	6,85	2,06	-0,15	0,70
Feminino	57	1	22	6,86	5,92	2,87	-0,30	0,86
<i>Total</i>	<i>98</i>	<i>1</i>	<i>25</i>	<i>8,08</i>	<i>6,46</i>	<i>3,51</i>	<i>-0,07</i>	<i>0,80</i>

(t=2,255;p=0,479)

#### ▪ Patologias dos utentes

Da análise do quadro 4, quanto à patologia mais frequente que a nossa amostra referiu acerca dos utentes com que trabalham habitualmente, os resultados mostram que a patologia cárdio-respiratória é a mais frequente (41,9%), seguida da orto-traumatológica e reumatológica (35,5%) e por último da neurológica (22,6%). É de salientar que a maioria da nossa amostra não respondeu a esta questão. Só 31 dos 98 inquiridos referenciou a patologia, colocando-se o problema se deveria ser formulada como questão fechada. É no sexo masculino que constatamos que existe uma maior representatividade da patologia de orto-traumatologia e reumatologia (53,8%), e no sexo feminino na patologia cárdio-respiratória com 50,0%. Uma análise detalhada dos valores residuais indica que não existem diferenças estatísticas significativas (res.<1,96).

**Quadro 4**–Caraterização da amostra por género: patologia mais frequente

Variáveis \ Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
<b>Patologias</b>								
Orto-traumatológica e Reumatológica	7	53,8	4	22,2	11	35,5	1,8	-1,8
Cárdio-Respiratória	4	30,8	9	50,0	13	41,9	-1,1	1,1
Neurológica	2	15,4	5	27,8	7	22,6	Não aplicável	
<i>Total</i>	<i>13</i>	<i>100,00</i>	<i>18</i>	<i>100,00</i>	<i>31</i>	<i>100,00</i>		

#### ▪ Caraterização da perceção da adesão

Para a caraterização da perceção da adesão utilizámos tabelas e quadros, onde mostramos os resultados da frequência/ percentagem das respetivas questões e afirmações que compõem cada subescala. Vai-nos permitir compreender como se posicionam os elementos da amostra relativamente à perceção, sendo que serão objeto de análise os seguintes indicadores:

experiência profissional, concetualização da adesão, métodos de avaliação adesão, fatores de não adesão, modelos facilitadores de promoção da adesão, estratégias dos profissionais e os comportamentos importantes para o utente.

▪ **1ª Subescala - A adesão relativamente à experiência profissional**

Através da análise pormenorizada da Tabela 11 (1ª subescala), e no que diz respeito a cada uma das questões que traduzem a adesão relativamente à experiência profissional, podemos constatar que uma apreciável maioria dos sujeitos da nossa amostra posiciona-se no “Pouco Frequentemente” e “Frequentemente”.

No que diz respeito à posição extrema de frequência, a questão que acumula uma maior percentagem de “Muito Frequentemente” foi a nº 1 (as questões de adesão aos programas de reabilitação têm sido levantadas na sua prática profissional). Relativamente à posição extrema de não regularidade, as maiores percentagens de “Raramente/Nunca” verificou-se na pergunta nº4 (participa habitualmente em cursos, formações sobre o domínio temático da adesão aos programas de reabilitação por parte dos utentes).

Podemos salientar que a mesma percentagem de inquiridos posicionou-se na questão nº 4 (participa habitualmente em cursos, formações sobre o domínio temático da adesão aos programas de reabilitação por parte dos utentes) no “Raramente/Nunca” e no “Pouco Frequentemente”, correspondendo à maioria da nossa amostra. De uma forma global podemos afirmar que os nossos inquiridos percecionam a adesão relativamente à experiência profissional como “Pouco Freqüente”.

*Tabela 11–Frequência que traduz a adesão relativamente à experiência profissional*

<b>Adesão relativamente à experiência profissional</b>	<b>Raramente / Nunca</b>	<b>Pouco Freq.</b>	<b>Freq.</b>	<b>Muito Freq.</b>
<b>1.As questões de adesão aos programas de reabilitação têm sido levantadas na sua prática profissional</b>	11,2%	34,7%	40,8%	13,3%
<b>2.Tem lido na área da sua profissão, informação relacionada com adesão aos programas reabilitação</b>	15,3%	45,9%	32,7%	6,1%
<b>3.Em encontros como congressos, simpósios ou outros eventos em que tenha participado, o tema da adesão ao programa de reabilitação tem aí sido focado</b>	25,5%	45,9%	24,5%	4,1%
<b>4.Participa habitualmente em cursos, formações sobre o domínio temático da adesão aos programas de reabilitação por parte dos utentes</b>	40,8%	40,8%	17,3%	1,0%
<b>5.Na sua relação com os utentes é frequente falar sobre adesão ao programa de reabilitação</b>	6,1%	21,4%	60,2%	12,2%

### ▪ 3ª Subescala –Concetualização da adesão

Da análise dos resultados do Quadro 5 (3ª subescala) verificamos que a maioria dos sujeitos da nossa amostra (48,0%), sobre o que é a adesão dos utentes aos programas de reabilitação referiu que era a afirmação nº 2 (conjunto de comportamentos indispensáveis, para que os doentes obtenham resultados positivos, no sentido das melhorias clínicas) a mais adequada. No que diz respeito ao sexo, o masculino considerou a afirmação nº 2 como a mais adequada, ao contrário da nossa amostra feminina que considerou a nº 3 (capacidade que os doentes adquirem, para implementar estratégias pessoais, no sentido de melhorar o seu estado de saúde) como a mais adequada. Contudo, de uma forma geral, podemos verificar que as diferenças percentuais não são significativas pois os valores residuais não revelam diferenças significativas.

*Quadro 5 – Concetualização da adesão dos utentes, segundo o género*

Conceito Adesão	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.		
1.Cumprimento do plano de tratamento, isto é, o comportamento dos doentes coincide com a prescrição e aconselhamento médico	7	17,1	4	7,0	11	11,2	1,6	-1,6		
2.Conjunto de comportamentos indispensáveis, para que os doentes obtenham resultados positivos, no sentido das melhorias clínicas	21	51,2	26	45,6	47	48,0	0,5	-0,5		
3.Capacidade que os doentes adquirem, para implementar estratégias pessoais, no sentido de melhorar o seu estado de saúde	13	31,7	27	47,4	40	40,8	-1,6	1,6		
<i>Total</i>	<i>41</i>	<i>100</i>	<i>57</i>	<i>100</i>	<i>98</i>	<i>100</i>				

### ▪ 4ª Subescala - Avaliação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação

Analisando os resultados da Tabela 12 (4ª subescala), relativamente aos quatro métodos de avaliação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação, podemos verificar que a maioria dos nossos inquiridos destacam como “Muito Importante” a afirmação nº 4 (através dos resultados clínicos, ou seja, da melhoria do seu estado de saúde), e em contrapartida esta afirmação, bem como a nº 3 (através do que os utentes afirmam fazer, no controlo da sua situação clínica), não se verificou nenhuma importância “Nada Importante”. Na generalidade a avaliação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação é percecionada pelos profissionais de saúde como “Importante”.

**Tabela 12 – Frequência que traduz métodos pelos quais poderá ser avaliada a adesão**

<b>Métodos para avaliar a adesão</b>	<b>Nada Imp.</b>	<b>Pouco Imp.</b>	<b>Imp.</b>	<b>Muito Imp.</b>
1. Através permanência programas de reabilitação e seguimento das consultas estabelecidas	1,0%	3,1%	53,1%	42,9%
2. Através de avaliações fisiológicas (ex: auscultação pulmonar) e monitorização de exames auxiliares de diagnóstico	4,1%	22,4%	53,1%	20,4%
3. Através do que os utentes afirmam fazer, no controlo da sua situação clínica	-	13,3%	59,2%	27,6%
4. Através dos resultados clínicos, ou seja, da melhoria do seu estado de saúde.	-	3,1%	48,0%	49,0%

▪ **5ª Subescala - Fatores relacionados com os programas de reabilitação, responsáveis pela não adesão**

No que respeita aos fatores relacionados com os programas de reabilitação (5ª subescala), responsáveis pela não adesão (cf. Tabela 13), concluímos que as expressões que acumularam maior percentagem de resposta como “Muito Importante” foram as afirmações 3 (incapacidade de entender a informação), 1 (características psicológicas dos utentes) e 10 (reconhecimento da necessidade de efectuar tratamentos/ programa de reabilitação). Relativamente à posição extrema de resposta como “Nada Importante” a maior percentagem verificou-se na afirmação 25 (atitudes e comportamentos desajustados dos profissionais de saúde), seguida de várias afirmações que apresentam a mesma percentagem (3,1%). De uma forma global os fatores relacionados com os programas de reabilitação responsáveis pela não adesão são percecionados pelos profissionais como “Importante”.

*Tabela 13–Frequência que traduz os fatores responsáveis pela não adesão*

<b>Fatores que determinam a não adesão</b>	<b>Nada Imp.</b>	<b>Pouco Imp.</b>	<b>Imp.</b>	<b>Muito Imp.</b>
1.Características psicológicas dos utentes	2,0%	1,0%	39,8%	57,1%
2.Gravidade que atribui à situação clínica	1,0%	5,1%	51,0%	42,9%
3.Incapacidade de entender a informação	1,0%	5,1%	32,7%	61,2%
4.Crenças dos utentes sobre a situação clínica	-	27,6%	44,9%	27,6%
5.Questões sociais, culturais ou étnicas que podem dificultar a noção de doença e o plano de tratamento/programa de reabilitação	2,0%	21,4%	46,9%	29,6%
6.Impato da situação clínica na sua vida	-	7,1%	49,0%	43,9%
7.Indiferença e pessimismo dos utentes em relação ao tratamento/programa de reabilitação	1,0%	4,1%	52,0%	42,9%
8.Insatisfação com os profissionais de saúde	2,0%	12,2%	56,1%	29,6%
9.Falta de capacidade, motivação e auto-eficácia para gerir o tratamento /programa de reabilitação	1,0%	5,1%	51,0%	42,9%
10.Reconhecimento da necessidade de efectuar tratamentos/ programa de reabilitação	3,1%	7,1%	40,8%	49,0%
11.Bom suporte social e familiar	1,0%	14,3%	49,0%	35,7%
12.Défice de recursos monetários	-	13,3%	52,0%	34,7%
13.Características patológicas da situação clínica	2,0%	7,1%	42,9%	48,0%
14.Estabilidade de sintomas (não alteração de sintomas)	2,0%	10,2%	68,4%	19,4%
15.Estabilidade psicológica	2,0%	13,3%	63,3%	21,4%
16.Tratamentos de curta ou longa duração	1,0%	6,1%	58,2%	34,7%
17.Complexidade dos tratamentos	-	15,3%	62,2%	22,4%
18.Ausência de cuidados continuados	1,0%	21,4%	53,1%	24,5%
19. Dificuldade em faltar ou ausentar-se do local de trabalho	3,1%	30,6%	55,1%	11,2%
20.Longas esperas nos serviços de saúde	-	14,3%	50,0%	35,7%
21.Horários e duração das consultas	3,1%	18,4%	51,0%	27,6%
22.Boa articulação dos serviços de saúde	3,1%	14,3%	64,3%	18,4%
23.Comunicação inadequada entre os utentes e profissionais de saúde	2,0%	10,2%	56,1%	31,6%
24.Baixo grau de escolaridade	2,0%	8,2%	44,9%	44,9%
25.Atitudes e comportamentos desajustados dos profissionais de saúde	12,2%	44,9%	30,6%	12,2%
26.Qualidade da relação do profissional de saúde com o utente	1,0%	11,2%	54,1%	33,7%
27.Supervisão adequada dos profissionais de saúde	-	4,1%	50,0%	45,9%

▪ **6ª Subescala - Facilitadores da promoção da adesão**

Tendo por análise a Tabela 14 (6ª subescala), verificamos que os indivíduos da amostra consideram como “Muito Importante” o modelo corresponde à afirmação nº 2 (os profissionais de saúde devem ensinar aos utentes os procedimentos que deverão realizar, através de um processo de ensino continuado) como o mais facilitador da promoção da adesão. Por outro lado realça-se o fato de apenas o modelo relativo à afirmação nº 1 (os profissionais de saúde assumam um papel de protecção, devendo o utente seguir as suas

directrizes) ter frequência. Os modelos de promoção da adesão são percebidos pelos profissionais como “Importante”.

**Tabela 14** – Frequência relativa aos facilitadores da promoção da adesão

<b>Modelos da promoção da adesão</b>	<b>Nada Imp.</b>	<b>Pouco Imp.</b>	<b>Imp.</b>	<b>Muito Imp.</b>
<b>1.Os profissionais de saúde assumam um papel de protecção, devendo o utente seguir as suas directrizes</b>	6,1%	17,3%	63,3%	13,3%
<b>2.Os profissionais de saúde devem ensinar aos utentes os procedimentos que deverão realizar, através de um processo de ensino continuado</b>	-	3,1%	38,8%	58,2%
<b>3.A adesão resulta do conhecimento sobre os benefícios e as vantagens que os utentes poderão obter, no cumprimento dos comportamentos previstos</b>	-	2,0%	42,9%	55,1%
<b>4. A adesão resulta da percepção que os utentes têm do seu estado e dos procedimentos que terão de efectuar para atingir os objectivos que são pretendidos</b>	-	-	44,9%	55,1%

▪ **7ª Subescala - Facilitação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação implementada pelos profissionais de saúde**

Da análise da Tabela 15 (7ª subescala), e no que diz respeito a cada uma das expressões relativas à facilitação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação implementada pelos profissionais de saúde, podemos constatar que uma apreciável maioria dos sujeitos da nossa amostra posiciona-se no “Importante” e no “Muito Importante”. As expressões que acumularam uma maior percentagem de “Muito Importante” foi a afirmação nº 15 (motivar o utente em relação à adesão, no sentido em que este é determinante para melhorar o seu estado de saúde) que corresponde ao Modelo da Motivação para a Protecção. Por outro lado, realça-se o fato de que só se verificou percentagem no “Nada Importante” nas afirmações 4 (usar a repetição da informação) e 6 (escrever os procedimentos).

**Tabela 15**–Frequência relativa à facilitação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação implementada pelos profissionais de saúde

<b>Facilitação da adesão implementada pelos profissionais de saúde</b>	<b>Nada Imp.</b>	<b>Pouco Imp.</b>	<b>Imp.</b>	<b>Muito Imp.</b>
1.Explicar a importância da adesão	-	2,0%	41,8%	56,1%
2.Simplificar a informação	-	-	35,7%	64,3%
3.Recompensa pela melhoria na adesão (elogiar os esforços)	-	6,1%	43,9%	50,0%
4.Usar a repetição da informação	1,0%	10,2%	51,0%	37,8%
5.Fornecer folhetos de informação	-	15,3%	57,1%	27,6%
6.Escrever os procedimentos	1,0%	17,3%	54,1%	27,6%
7.Ter em conta os horários preferidos do utente	-	10,2%	54,1%	35,7%
8.Ajudar o indivíduo a lidar com os sintomas da doença	-	3,1%	50,0%	46,9%
9.Incentivar acerca de estratégias de adaptação	-	3,1%	53,1%	43,9%
10.Compreender os problemas originados pela situação clínica	-	5,1%	59,2%	35,7%
11.Conhecer social e culturalmente as consequências da situação clínica	-	8,2%	63,3%	28,6%
12.Dar a conhecer a situação clínica	-	6,1%	73,5%	20,4%
13.Envolver os familiares, amigos e outras pessoas próximas da situação clínica	-	2,0%	40,8%	57,1%
14.Alertar e relembrar potenciais complicações por não cumprir o plano de tratamento/programa de reabilitação	-	4,1%	52,0%	43,9%
15.Motivar o utente em relação à adesão, no sentido em que este é determinante para melhorar o seu estado de saúde	-	3,1%	27,6%	69,4%

▪ **8ª Subescala - Fatores importantes para o utente no sentido de facilitar a adesão**

Analisando os resultados da tabela 16 (subescala 8), relativamente aos fatores importantes para o utente no sentido de facilitar a adesão, podemos verificar que a maioria dos nossos inquiridos destaca como “Muito Importante” as afirmações nº 4 (acreditar nos obstáculos existentes em relação à implementação do tratamento/programa de reabilitação), 7 (aderir ao tratamento/programa de reabilitação poderá obter resultados mais satisfatórios em relação ao seu estado de saúde) e 9 (acreditar que a adesão ao tratamento/programa de reabilitação irá melhorar os sintomas da sua situação clínica e consequentemente melhorar o seu estado de saúde). Relativamente à posição extrema, “Nada Importante” a maioria das afirmações não obtiveram percentagem.

**Tabela 16** – Frequência que traduz os fatores importantes para o utente no sentido de facilitar a sua adesão

Fatores importantes para o utente	Nada Imp.	Pouco Imp.	Imp.	Muito Imp.
1. Ter experiência pessoal acerca da situação clínica	1,0%	11,2%	64,3%	23,5%
2. Percepcionar a vulnerabilidade perante a sua situação clínica	-	4,1	61,2%	34,7%
3. Acreditar nos benefícios da adesão ao tratamento/programa de reabilitação	1,0%	6,1%	65,3%	27,6%
4. Acreditar nos obstáculos existentes em relação à implementação do tratamento/programa de reabilitação	-	1,0%	22,4%	76,5%
5. Ter capacidade de avaliar e lidar com a sua situação clínica	1,0%	2,0%	58,2%	38,8%
6. Percepcionar que comportamentos de não adesão ao tratamento/programa de reabilitação, terá consequências graves	-	6,1%	43,9%	50,0%
7. Aderir ao tratamento/programa de reabilitação poderá obter resultados mais satisfatórios em relação ao seu estado de saúde	-	3,1%	36,7%	60,2%
8. Ter expectativas em relação à auto-eficácia de adesão ao tratamento/programa de reabilitação	1,0%	7,1%	53,1%	38,8%
9. Acreditar que a adesão ao tratamento/programa de reabilitação irá melhorar os sintomas da sua situação clínica e consequentemente melhorar o seu estado de saúde	-	3,1%	38,8%	58,2%
10. Acreditar que as pessoas importantes da sua vida querem que ele adira ao tratamento/programa de reabilitação	1,0%	15,3%	51,0%	32,7%
11. Acreditar ser capaz de aderir ao tratamento/programa de reabilitação, tendo em conta a avaliação das vantagens e desvantagens da adesão a este	-	5,1%	56,1%	38,8%

#### ▪ Subescalas

Na Tabela 17 estão registados os valores referentes à percepção dos profissionais de saúde através das subescalas em função do género à exceção da escala 3 que é nominal. Reportando-nos à interpretação da escala, lembramos que a scores mais altos, corresponde uma melhor percepção da adesão.

Da análise dos resultados obtidos podemos verificar que em média, existe uma menor percepção da nossa amostra ao nível da subescala 2 - *percepção dos profissionais de saúde, sobre a adesão dos seus utentes aos programas de reabilitação* ( $\bar{x}$  =6,48; Dp=1,72). As subescalas como menos afetadas foram a 5ª *fatores que determinam a não adesão* ( $\bar{x}$  =85,78; Dp =9,79) e a 7ª *facilitação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação implementada pelos profissionais de saúde* ( $\bar{x}$  =50,45; Dp =5,33).

O coeficiente de variação indica-nos que, todas as dimensões apresentam uma dispersão fraca (CV<15%) em torno da média, à exceção das subescalas 1 - *adesão relativamente à experiência profissional*), 2 - *percepção dos profissionais de saúde sobre a adesão dos seus utente aos programas de reabilitação*). No que se refere às medidas de enviesamento e achatamento podemos afirmar que estamos na maioria perante uma amostra simétrica e

mesocúrtica. Nas subescalas 5 - *fatores que determinam a não adesão* e 8 - *fatores importantes para o utente no sentido de facilitar a adesão* a amostra apresenta-se como assimétrica negativa ou enviesada à direita ( $Skweness/StdError < -1,96$ ) e leptocúrtica ( $kurtosis/StdError > 1,96$ ). Contudo, analisando as dimensões/ modelos das subescalas, é de salientar que na 7ª subescala (*facilitação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação implementados pelos profissionais de saúde*), na dimensão 3 (*modelo da motivação para a protecção*), assim como na subescala 8 (*fatores importantes para o utente no sentido de facilitar a adesão*) na 2ª dimensão (*modelo de auto-eficácia*) a nossa amostra é assimétrica negativa ou enviesada à direita e mesocúrtica.

Ao compararmos os dois géneros – masculino e feminino, nas diferentes subescalas e, através do cálculo do teste *t de Student*, verificou-se que na subescala 2 - *percepção dos profissionais de saúde, sobre a adesão dos seus utentes aos programas de reabilitação* ( $t = -0,207$ ;  $p = 0,040$ ), 5 - *fatores que determinam a não adesão*, na dimensão 1 - *questões relacionadas com o utente* ( $t = -2,811$ ;  $p = 0,028$ ), 3 - *questões relacionadas com os programas de reabilitação* ( $t = -0,225$ ;  $p = 0,018$ ), e 5 - *inter-relação entre profissionais de saúde e utentes* ( $t = -3,393$ ;  $p = 0,035$ ), além da subescala 7 - *facilitação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação* na dimensão 3 - *modelo da motivação para a protecção* ( $t = -2,834$ ;  $p = 0,029$ ) e da subescala 8 na dimensão 2 - *modelo de auto-eficácia* ( $t = -3,337$ ;  $p = 0,001$ ) e 3 - *modelo do comportamento planeado* ( $t = -2,533$ ;  $p = 0,045$ ), existem diferenças estatísticas significativas a favor do género feminino. Nas restantes subescalas e dimensões os níveis de significância não são estatisticamente significativos.

**Tabela 17 – Estatísticas relativas às subescalas segundo o género**

Subescalas	Dimensões ou Modelos	Género	n	Mín	Máx	$\bar{x}$	Dp	SK/Std.E	K/ Std.E	CV (%)	Teste t Student
<b>1ª</b>		Masculino	41	5	18	11,41	2,69	1,19	-0,05	23,57	$t = -0,254$ $p = 0,583$
		Feminino	57	5	18	11,56	2,91	-0,60	-0,22	25,17	
	<b>Total</b>		<b>98</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>11,50</b>	<b>2,81</b>	<b>0,16</b>	<b>-0,35</b>	<b>24,43</b>	
<b>2ª</b>		Masculino	41	3	9	6,44	1,43	-1,54	-0,16	22,20	$t = -0,207$ $p = 0,040$
		Feminino	57	2	10	6,51	1,91	-1,33	0,64	29,34	
	<b>Total</b>		<b>98</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>6,48</b>	<b>1,72</b>	<b>-1,82</b>	<b>0,42</b>	<b>26,54</b>	
<b>4ª</b>		Masculino	41	9	16	12,49	1,48	0,65	0,73	11,85	$t = -2,070$ $p = 0,378$
		Feminino	57	10	16	13,16	1,64	0,75	-1,02	12,46	
	<b>Total</b>		<b>98</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>12,88</b>	<b>1,61</b>	<b>1,14</b>	<b>-0,50</b>	<b>12,50</b>	

Subescalas	Dimensões ou Modelos	Género	n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	SK/Std.E	K/ Std.E	CV (%)	Teste t Student
5 <sup>a</sup>	1º Utente	Masculino	41	24	56	43,46	6,16	-1,39	2,16	14,17	t=-2,811 p=0,028
		Feminino	57	37	56	46,53	3,87	-0,14	0,19	2,15	
		<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>45,24</b>	<b>5,15</b>	<b>-3,05</b>	<b>4,64</b>	<b>11,38</b>	
	2º Doença	Masculino	41	4	12	9,12	1,76	-1,15	1,65	19,30	t=-1,401 p=0,073
		Feminino	57	8	12	9,53	1,09	1,96	0,04	11,44	
		<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>9,36</b>	<b>1,42</b>	<b>-1,52</b>	<b>4,14</b>	<b>15,17</b>	
	3º Prog Reab	Masculino	41	3	8	6,05	1,36	-0,25	-1,06	22,48	t=-0,225 p=0,018
		Feminino	57	4	8	6,11	1,01	0,67	0,06	16,53	
		<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>6,08</b>	<b>1,16</b>	<b>-0,00</b>	<b>-0,68</b>	<b>19,08</b>	
	4ª Sistema Saúde	Masculino	41	6	16	11,41	2,31	0,10	0,14	20,24	t=-2,099 p=0,186
Feminino		57	8	16	12,30	1,85	0,05	0,20	15,04		
	<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>11,93</b>	<b>2,09</b>	<b>-0,45</b>	<b>0,36</b>	<b>17,52</b>		
5ª Inter-relação	Masculino	41	7	16	12,34	2,31	-0,22	-0,54	18,72	t=-3,393 p=0,035	
	Feminino	57	11	16	13,75	1,57	0,16	-2,11	11,42		
	<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>13,16</b>	<b>2,03</b>	<b>-1,64</b>	<b>-0,13</b>	<b>15,42</b>		
	<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>46</b>	<b>108</b>	<b>85,78</b>	<b>9,79</b>	<b>-2,08</b>	<b>4,84</b>	<b>11,41</b>		
6 <sup>a</sup>		Masculino	41	9	16	13,34	1,71	-1,02	-0,02	12,82	t=-0,717 p=0,111
		Feminino	57	11	16	13,56	1,32	-0,28	-0,86	9,73	
	<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>13,47</b>	<b>1,49</b>	<b>-1,31</b>	<b>0,02</b>	<b>11,06</b>		
7 <sup>a</sup>	1º Cognitiva	Masculino	41	24	40	32,24	4,15	0,60	-1,00	12,87	t=-2,837 p=0,132
		Feminino	57	27	40	34,39	3,32	-0,48	-1,21	9,65	
		<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>24</b>	<b>40</b>	<b>33,49</b>	<b>3,82</b>	<b>-0,50</b>	<b>-1,52</b>	<b>11,41</b>	
	2º Representação	Masculino	41	7	12	9,63	1,24	0,24	0,05	12,88	t=-1,964 p=0,257
		Feminino	57	8	12	10,09	1,04	0,68	-1,00	10,31	
		<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>9,90</b>	<b>1,14</b>	<b>0,14</b>	<b>-0,34</b>	<b>11,51</b>	
3º Motivação	Masculino	41	4	8	6,73	1,07	-0,87	-0,82	15,90	t=-2,834 p=0,029	
	Feminino	57	5	8	7,30	0,82	-2,57	-0,67	11,23		
	<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>7,06</b>	<b>0,97</b>	<b>-2,77</b>	<b>-0,70</b>	<b>13,73</b>		
	<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>38</b>	<b>60</b>	<b>50,45</b>	<b>5,33</b>	<b>-0,34</b>	<b>-1,42</b>	<b>10,56</b>		
8 <sup>a</sup>	1º Crenças de Saúde	Masculino	41	10	20	16,02	2,43	-0,52	0,13	15,17	t=-1,576 p=0,065
		Feminino	57	11	20	16,68	1,71	-1,24	1,93	10,25	
		<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>16,41</b>	<b>2,06</b>	<b>-1,73</b>	<b>1,47</b>	<b>12,55</b>	
	2º Auto-Eficácia	Masculino	41	6	12	9,73	1,67	-1,15	-0,62	17,16	t=-3,337 p=0,001
		Feminino	57	8	12	10,72	1,05	-1,78	-0,71	9,80	
		<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>10,31</b>	<b>1,42</b>	<b>-3,45</b>	<b>0,90</b>	<b>13,77</b>	
3º Comp Planeado	Masculino	41	6	8	9,59	1,67	-0,10	-1,08	17,41	t=-2,533 p=0,045	
	Feminino	57	8	12	10,37	1,25	-0,73	2,08	12,05		
	<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>10,04</b>	<b>1,48</b>	<b>-1,31</b>	<b>-1,25</b>	<b>14,74</b>		
	<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>25</b>	<b>48</b>	<b>40,10</b>	<b>4,56</b>	<b>-2,44</b>	<b>2,00</b>	<b>11,37</b>		

### 3.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos à abordagem inferencial dos mesmos para assim poderemos tirar conclusões para o domínio mais vasto onde os elementos observados ou experimentados provieram (Pestana & Gageiro, 2008). Assim, trata-se de um processo que permite determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população (Fortin, 2009, p. 440) refere que “a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população.” Salientamos que foram objeto de análise as dimensões que na escala permitem um estudo de associação quantitativa com a variável dependente, concretamente a subescala 4 (Métodos da adesão), 5 (Fatores de não adesão), 6 (Modelos de promoção da adesão), 7 (Estratégias dos profissionais) e 8 (Comportamentos importantes para o utente).

Após estas considerações iniciais procedemos de seguida à análise dos resultados estatísticos de associação entre algumas variáveis em estudo.

- **Género versus Perceção dos Profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

Em relação à influência da variável “género”, os resultados dos testes *t* de *Student*, tendo por referência as subescalas (cf. Quadro 6), sugerem que os sujeitos do sexo masculino diferenciam-se, de forma estatisticamente significativa, dos sujeitos do sexo feminino. Esta diferença é confirmada estatisticamente pelos resultados encontrados na subescala 5 - *fatores de não adesão* ( $t=-2,762$ ;  $p=0,002$ ) e na subescala 8 - *comportamentos importantes para o utente* ( $t=-2,874$ ;  $p=0,004$ ).

Em síntese, face a estes resultados podemos inferir que são os profissionais de saúde do sexo feminino que mais importância dão às questões relacionadas com as características do próprio utente, doença, do sistema de saúde e com o regime de tratamento, como fatores determinantes de não adesão aos programas de reabilitação, bem como a atribuir maior reconhecimento às estratégias, conhecimentos e mecanismos adotados pelo utente no sentido de este aderir aos programas de reabilitação.

Tais fatos conduzem à aceitação de que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos profissionais de saúde do sexo masculino e do feminino na perceção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação.

**Quadro 6 – Resultados do Teste t de Student: Percepção dos profissionais de saúde em função do género**

SUBESCALAS	Género	n	$\bar{x}$	Dp	t	p
4- Métodos da adesão	Masculino	41	12,49	1,48	-2,070	0,378
	Feminino	57	13,16	1,64		
5- Fatores de não adesão	Masculino	41	82,39	12,26	-2,762	<b>0,002</b>
	Feminino	57	88,21	6,66		
6- Modelos de promoção da adesão	Masculino	41	13,34	1,71	-0,717	0,111
	Feminino	57	13,56	1,32		
7- Estratégias dos profissionais	Masculino	41	48,61	5,97	-3,015	0,087
	Feminino	57	51,77	4,42		
8- Comportamentos importantes para utente	Masculino	41	38,49	5,50	-2,874	<b>0,004</b>
	Feminino	57	41,26	3,34		

▪ **Grupo etário versus Percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

Foi nosso interesse conhecer a influência do “grupo etário” na percepção dos profissionais face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação dos sujeitos da nossa amostra, pelo que recorreremos à realização de análise de variância (ANOVAS) com procedimentos estatísticos Post-Hoc (teste de Tukey), com o objetivo de localizar e identificar as diferenças significativas entre os grupos em estudo. Em concreto, as ANOVAS (cf. Quadro 7) revelaram não existirem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

**Quadro 7 – Resultados dos valores médios e análises de variância da variável grupo etário**

SUBESCALAS		4	5	6	7	8
VARIÁVEIS	n	Métodos da adesão	Fatores de não adesão	Modelos de promoção	Estratégias dos profissionais	Comp.imp.para utente
<b>Grupo Etário</b>		<b>Valores Médios</b>				
A – 20-29	17	12,47	83,18	13,47	49,06	40,18
B – 30-39	31	13,10	84,26	13,55	51,39	39,39
C – 40-49	25	13,12	87,60	13,44	50,32	40,88
D – 50-59	25	12,64	87,60	13,40	50,36	40,16
		<b>Análise de Variância</b>				
<b>F</b>		0,925	1,235	0,049	0,706	0,492
<b>p</b>		0,432	0,301	0,986	0,551	0,689

▪ **Categoria profissional versus Percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

Também aqui uma vez mais recorreremos à análise de variância (ANOVAS), e após a análise estatística dos dados no Quadro 8, verificamos que em relação ao efeito da “categoria

profissional” na percepção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação relativamente às *estratégias dos profissionais* (subescala 7), observamos a existência de um efeito ligeiramente significativo ( $p=0,049$ ). Para esta dimensão o procedimento Tukey assinala diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos enfermeiros especialistas de reabilitação ( $\bar{x}=51,19$ ), e as dos médicos ( $\bar{x}=47,47$ ), sendo o valor da significância de  $p=0,039$ . Estes resultados indiciam-nos que são os enfermeiros especialistas de reabilitação a atribuir maior importância à informação e estratégias a fornecer ao utente no sentido de facilitar a adesão aos programas de reabilitação.

Quanto às restantes subescalas, o procedimento ANOVA não permitiu averiguar efeitos da variável independente (categoria profissional) na variável dependente (percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação).

▪ **Habilitações literárias versus Percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

Com o intuito de verificar a existência de alguma influência das “habilitações literárias” sobre a percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação (cf. Quadro 8), a generalidade dos resultados obtidos é de não verificação de efeitos significativos desta variável sobre as várias subescalas.

Contudo, numa análise mais pormenorizados valores médios verificamos que nas subescalas 4 (*métodos da adesão*), 5 (*fatores de não adesão*), 6 (*modelos de promoção*) e 8 (*comportamentos importantes para o utente*), são os profissionais com pós-licenciatura que apresentam melhor percepção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação.

**Quadro 8 – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey das variáveis Categoria Profissional e Habilitações Literárias**

SUBESCALAS		4	5	6	7	8
VARIÁVEIS	n	Métodos da adesão	Fatores de não adesão	Modelos de promoção	Estratégias dos profissionais	Comp.imp para utente
<b>Categoria Profissional</b>		<b>Valores Médios</b>				
A – Médico	15	12,33	86,33	12,93	47,47	38,67
B – Enfermeiro	62	13,00	86,31	13,65	51,19	40,18
C – Fisioterapeuta	21	12,90	83,81	13,33	50,38	40,90
		<b>Análise de Variância</b>				
<b>F</b>		1,044	0,534	1,498	3,081	1,079
<b>p</b>		0,356	0,588	0,229	<b>0,049</b>	0,344
		<b>Post-Hoc (Tukey)</b>				
<b>p</b>					<b>0,039 (B&gt;A)</b>	
SUBESCALAS		4	5	6	7	8
VARIÁVEIS	n	Métodos da adesão	Fatores de não adesão	Modelos de promoção	Estratégias dos profissionais	Comp.imp para utente
<b>Habilitações Literárias</b>		<b>Valores Médios</b>				
A – Licenciatura	24	12,63	85,79	13,08	49,00	39,71
B – Pós-Licenciatura	58	12,81	86,10	13,66	50,71	40,36
C – Mestrado	16	13,50	84,56	13,38	51,69	39,75
		<b>Análise de Variância</b>				
<b>F</b>		1,565	0,153	1,290	1,398	0,228
<b>p</b>		0,214	0,859	0,280	0,252	0,797

▪ **Tempo de Experiência Profissional versus Percepção dos Profissionais de Saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

Os dados presentes no Quadro 9 permitem-nos conhecer a força e o sentido da associação linear, existente entre as variáveis em estudo. Desta forma, constatamos que a associação entre “tempo de experiência profissional” e as subescalas apresentadas, não expressam a existência de qualquer associação significativa.

**Quadro 9 – Resultados da Correlação de Pearson entre: Percepção dos profissionais de saúde em função do seu Tempo de Experiência Profissional**

SUBESCALAS	r	p
4- Métodos da adesão	0,016	0,878
5- Fatores de não adesão	0,177	0,081
6- Modelos de promoção da adesão	0,020	0,843
7- Estratégias dos profissionais	0,108	0,292
8- Comportamentos importantes para utente	0,098	0,335

▪ **Tipo de utentes versus Percepção dos Profissionais de Saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

Quanto ao efeito da variável “tipo de utentes” na percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação as análises de variância assinalam não existir um efeito significativo nas subescalas (cf. Quadro 10). Contudo pela análise dos valores médios verificamos que os profissionais de saúde que habitualmente trabalham com utentes com patologia crónica apresentam maiores índices de percepção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação tendo em consideração os *métodos da adesão* (subescala 4), os *fatores de não adesão* (subescala 5), os *modelos de promoção* (subescala 6) e os *comportamentos importantes para o utente* (subescala 8). Quando falamos nas *estratégias utilizadas pelos profissionais* (subescala 7) que levam à adesão, são os profissionais de saúde que lidam com utentes com ambas as patologias (agudas e crónicas), que atribuem maior importância às estratégias utilizadas por estes, no sentido de implementar a adesão dos seus utentes aos programas de reabilitação.

**Quadro 10– Resultados dos valores médios, análises de variância da variável Tipo de Utes**

SUBESCALA		4	5	6	7	8
VARIÁVEL	n	Métodos da adesão	Fatores de não adesão	Modelos de promoção	Estratégias dos profissionais	Comp.imp. para utente
<b>Tipo de utentes</b>		<b>Valores Médios</b>				
A – Crónicos	8	13,25	87,75	13,75	50,38	40,88
B – Agudos	15	12,47	84,40	13,20	49,33	38,13
C – Ambos	75	12,92	85,84	13,49	50,68	40,41
		<b>Análise de Variância</b>				
<b>F</b>		0,727	0,308	0,390	0,395	1,712
<b>p</b>		0,486	0,736	0,678	0,675	0,186

### ▪ Tempo de Serviço versus Percepção dos Profissionais de Saúde

Para se quantificar a associação entre o “tempo de serviço” e a variável dependente em estudo (em algumas subescalas) recorreremos à *Correlação de Pearson* que, como coeficiente estatístico, nos permite conhecer a força e o sentido da associação linear, existente entre as duas variáveis. Os resultados obtidos pelas correlações, tendo a percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação como variável dependente (cf. Quadro 11), não expressam a existência de uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

**Quadro 11**– Resultados da *Correlação de Pearson*: Percepção dos profissionais de saúde em função do Tempo de Serviço

SUBESCALAS	r	p
4- Métodos da adesão	0,010	0,929
5- Fatores de não adesão	0,135	0,203
6- Modelos de promoção da adesão	0,032	0,768
7- Estratégias dos profissionais	0,060	0,572
8- Comportamentos importantes para utente	0,049	0,646

### ▪ Patologias versus Percepção dos Profissionais de Saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação

Considerando o efeito da variável “patologia” na percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação (cf. Quadro 12), pela análise de variância, verificamos a existência de um efeito significativo na subescala 4, *métodos da adesão* entre as variáveis ( $F=5,559$ ,  $p=0.009$ ).

Na subescala 4, *métodos da adesão* o procedimento Tukey revela que os profissionais que trabalham com utentes com patologia orto-traumatológica e reumatológica – grupo A ( $\bar{x}=11,91$ ) se diferenciam significativamente dos utentes com patologia cárdio-respiratória – grupo B ( $\bar{x}=13,85$ ;  $p=0,020$ ), e dos com patologia neurológica – grupo C ( $\bar{x}=14,14$ ;  $p=0,023$ ), sugerindo estes resultados que são os profissionais de saúde que trabalham com utentes com patologia orto-traumatológica e reumatológica que apresentam menor capacidade de avaliação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação.

Quanto às restantes subescalas, verificamos que não existem diferenças estatisticamente

significativas.

**Quadro 12**– Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey da variável *Patologias*

SUBESCALA		4	5	6	7	8
VARIÁVEL	n	Métodos da adesão	Fatores de não adesão	Modelos de promoção	Estratégias dos profissionais	Comp.imp.para utente
<b>Patologias</b>		<b>Valores Médios</b>				
A – Orto-traumatológica e Reumatológica	11	11,91	80,27	12,91	49,45	37,45
B –Cárdio-Respiratória	13	13,85	86,15	13,38	51,08	41,85
C – Neurológica	7	14,14	89,43	13,29	51,57	41,14
		<b>Análise de Variância</b>				
<b>F</b>		5,559	1,932	0,279	0,442	2,921
<b>p</b>		<b>0,009</b>	0,164	0,758	0,647	0,070
		<b>Post-Hoc (Tukey)</b>				
<b>p</b>		<b>0.020 (B&gt;A); 0.023 (C&gt;A)</b>				

#### 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo anterior foram analisados os dados obtidos, procurando destacar os resultados mais relevantes. Contudo, o presente capítulo traduz o espaço e o momento indicados para uma síntese e discussão de carácter mais particularizado, já que como refere Fortin (2009), pressupõe que todos os aspetos da investigação sejam ponderados, de forma a tirar conclusões e implicações que deles sucedem. Trata-se de uma etapa delicada e exigente, que obriga o investigador a ter um pensamento crítico.

Assim, iremos agora refletir sobre as características da amostra (sóciodemográficas e profissionais), e seguidamente sobre as correlações entre variáveis com valores estatisticamente significativos, que resultam da aplicação dos testes estatísticos (análise inferencial) realizada na secção 3.2. Faremos também a discussão e análise desses resultados face a outros estudos já realizados, como também tendo por referência aquelas que são as nossas convicções e experiências profissionais nesta matéria.

A análise dos resultados correspondentes à **caracterização sóciodemográfica e profissional** da nossa amostra possibilitam verificar que dos 98 indivíduos inquiridos 41 são do sexo masculino (41,84%) e 57 do sexo feminino (58,16%), com uma média de idades de 39,80 anos, oscilando entre um mínimo de 22 e um máximo de 58 anos. O grupo etário com maior representatividade é o dos 30 aos 39 anos. No intuito de contextualizar a nível nacional a representatividade da nossa amostra, constatamos que segundo os censos de 2011 a população residente em Portugal corresponde a 10.555.853 pessoas, sendo 47,86% do sexo masculino, e 52,14% do sexo feminino. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, relativamente a 2011, existe maior número de enfermeiros especialistas de reabilitação do sexo feminino do que masculino. Também através do site dos censos de 2011, verificamos que existe maior número de mulheres que possuem licenciatura e mestrado que homens, além de ser na faixa etária dos 30 aos 39 anos que existe maior número de indivíduos a trabalhar comparativamente com os outros grupos etários estabelecidos. Com base nestas informações podemos concluir que a nossa amostra, apesar de ser constituída por um reduzido número de elementos, parece ser representativa da população portuguesa em geral.

Relativamente à categoria profissional dos elementos da amostra, verificamos que a maior parte são enfermeiros de reabilitação (63,3%), seguido dos fisioterapeutas (21,4%) e

por último os médicos com 15,3%. Consultando o Censos de 2011 verificamos que os profissionais em enfermagem correspondem a 11222, os médicos a 7125 e os técnicos de medicina e farmácia a 4868 no exercício das suas funções em Portugal. É de salientar que a nossa amostra corresponde a enfermeiros especialistas de reabilitação, médicos que prescrevem um programa de reabilitação e fisioterapeutas, mas no Censos 2011 não existe qualquer diferenciação, tendo sido considerados por nós os fisioterapeutas como técnicos de medicina. In da assim, é de referenciar que agrupam todos os técnicos com a seguinte descrição “técnicos de medicina e farmácia”. Em posterior consulta na ordem dos enfermeiros permitiu-nos verificar que o número de enfermeiros especialistas de reabilitação está a aumentar a cada ano que passa.

Falemos agora das habilitações académicas da nossa amostra, que nos indicam que a maioria dos nossos inquiridos apresentam pós-licenciatura (59,2%), seguida da licenciatura ou equivalente legal com 24,5% e apenas 16,3% possuem mestrado. No estudo de Costa (2009) os enfermeiros especialistas apresentam melhor capacidade de trabalho atual e melhores recursos psicológicos relativamente aos enfermeiros com licenciatura. Maior nível de escolaridade tem efeitos positivos sobre a preservação de uma boa capacidade para o trabalho.

Os profissionais de saúde, em geral, desde sempre têm sido incentivados a manter atualizados os seus conhecimentos e competências. No contexto actual de rápidas mudanças científicas e tecnológicas, democratização da literacia em saúde e consequentemente maiores exigências dos utentes, esta pressão para a formação contínua tem aumentado (Gaspar, Costa, Costa, Fierro, Rodrigues, 2010).

Entre 1996 e 2009, no Brasil, o número de novos mestres passou de 10.389 para 38.800, o que representa um crescimento de 273%. Por ano o título de mestrado cresce em média 11% (Terra, 2013).

Segundo, Fenprof (2012, p.40), “os mestrados são o segmento de maior dimensão em número de ciclos de estudos e correspondem já a quase metade do sistema”. Apesar disso temos de fazer uma ressalva, visto que inscrever-se ou frequentar o mestrado não quer dizer que já possua o grau académico de mestre. Além disso, a nossa amostra de médicos apesar de possuírem uma especialidade, foram incluídos no nosso questionário com o grau de licenciados. Pois estes profissionais para se intitulem como tal, (médicos) tem de estar contemplado na sua formação base uma especialidade.

Quanto aos enfermeiros (segundo a Ordem dos Enfermeiros, 2013), à que evidenciar que no ano de 2010 existiam 1962 enfermeiros especialistas de reabilitação, no ano de 2011

passaram a ser 2277 e no ano de 2012, 2464. Logo conseguimos perceber que está a haver um aumento gradual na formação a nível dos enfermeiros.

Quanto ao tipo de mestrado mais comum na nossa amostra é o de Reabilitação (31,3%) com diferenças bastante grandes dos outros mestrados. Este valor pode-se justificar pelo grande número de especialistas em enfermagem de Reabilitação que com mais umas pequenas horas de formação e a realização de um trabalho de investigação, adquirem o título de mestres. Contudo, há que salientar que a maioria da nossa amostra é constituída por enfermeiros especialistas de reabilitação.

Na ordem dos enfermeiros, verificamos que é a nível hospitalar, seguida de instituições desconhecidas (no momento da inscrição não se encontravam no exercício da profissão e entretanto não fizeram a actualização dos dados) e por seguinte, centros de saúde onde a maioria dos enfermeiros exerce funções. A maioria da nossa amostra também exerce as suas funções em instituições hospitalares.

Falando do tempo de experiência profissional constatamos que a média dos homens (17,22) é superior à das mulheres (16,61). Os homens apresentam um mínimo de 2 anos e um máximo de 33 anos, e as mulheres um mínimo de 1 ano e um máximo de 31 anos de experiência profissional. Segundo OCDE (2011), os homens trabalham mais dois anos do que determina a idade legal da reforma, ao contrário das mulheres que se reformam, antes da idade de referência.

Relativamente às especialidades/serviço onde a maioria da nossa amostra exerce funções é a cirúrgica (36,6%), seguida da Medicina Física e Reabilitação com 29,6%. Quando falamos da especialidade cirúrgica, falamos da cirurgia ortopédica, da cirurgia geral e da neurocirurgia (portal da saúde, 2013). Em várias instituições, o serviço de MFR é constituído tanto por fisioterapeutas como enfermeiros especialistas de reabilitação, tendo como exemplo os Hospitais da Universidade de Coimbra. Logo, era espetável este tipo de resultados em relação às especialidades.

No que diz respeito ao tipo de utentes com que os profissionais de saúde trabalham diariamente, a nossa amostra refere que são tanto os doentes crónicos como os agudos (76,5%), contudo segundo a direcção geral de saúde (2010) as doenças crónicas atingem mais de metade da população no mundo ocidental. Estes resultados, podem dever-se ao fato da baixa adesão nas doenças crónicas estar à volta dos 50% (WHO, 2003), e além disso, ao fato de muitos utentes interromperem o tratamento de longo prazo à medida que a doença é controlada (Novartis, 2013). Trabalhar com doentes crónicos é um desafio, pois cada indivíduo responde de maneira diferente a esta condição. Para o enfermeiro, é necessária a

capacidade de captar a subjetividade de cada ser, proporcionar um suporte emocional e esclarecimento em relação à patologia, indicar caminhos para que o indivíduo consiga manter sua qualidade de vida e desenvolver um vínculo de confiança (Costa, 2012).

Quanto à carga horária semanal praticada pelos profissionais de saúde, segundo os censos 2011 a maioria da população nacional trabalha entre 35-39 horas por semana. A maioria da nossa amostra (59,2%) pratica 35 horas semanais, logo, parece ser representativa dos profissionais de saúde em geral. Contudo, se a colheita de dados fosse realizada hoje estaríamos à espera de outro tipo de resultados visto as mudanças que houve a nível de horário de trabalho para a maioria dos profissionais de saúde.

Relativamente ao tempo de serviço da nossa amostra verifica-mos que a média dos homens (9,78) é superior à das mulheres com 6,86, apesar de em ambos os sexos apresentarem um mínimo de 1 ano e um máximo de 25anos. De acordo com o INE (2013), têm sido as mulheres as mais afetadas pelo aumento do desemprego nomeadamente aquelas que estão na faixa etária dos 25 aos 44 anos. Ao refletirmos sobre este aspeto surge o pensamento que continuam a ser estas a assegurar a maioria das licenças de acompanhamento parental (INE, 2012), sendo ainda alvo de discriminações que levam consequentemente ao desemprego.

Ao falarmos do tipo de patologia mais frequente com que a nossa amostra trabalha habitualmente, a resposta foi a cárdio-respiratória (41,9%). Segundo a WHO (2012) as quatro principais doenças não transmissíveis são as doenças cardiovasculares, o cancro, a diabetes e as doenças pulmonares crónicas, que foram responsáveis por dois terços das mortes no mundo em 2011. Assim, os nossos resultados são coincidentes com os resultados em geral.

Após a aplicação do questionário, foi necessário estudar as suas propriedades psicométricas, fidelidade e a validade do mesmo. Na avaliação de fidelidade do nosso questionário e ao avaliarmos o grau de consistência interna, constatamos que no nosso estudo, os valores de alpha cronbach em todas as subescalas e dimensões são superiores às de Pedro (2003), à exceção da 2ª dimensão da 7ª subescala que apresenta valores iguais nos dois instrumentos. (0,51). Logo, perante estes resultados podemos afirmar que o nosso questionário apresenta maior fidelidade que o questionário em que nos baseámos para realizar o nosso estudo.

Particularizando a **perceção da adesão** nas suas subescalas, a ausência de um score total, exigiu uma análise subescala a subescala e dimensão a dimensão. De uma forma geral, verificámos que o comportamento da nossa amostra foi bastante uniforme em qualquer

subescala, contudo, houve diferenças estatísticas significativas em função do género em várias subescalas. Em seguida, vamos estabelecer uma comparação entre os resultados de um estudo que avalia o mesmo construto (percepção da adesão dos utentes aos tratamentos) que a nossa investigação, contudo, é de salientar que o nosso ICD foi alterado e adaptado a partir do estudo de Pedro (2003). Logo, algumas das afirmações/ itens foram retirados e outros alterados, sendo adaptados ao nosso estudo em particular (percepção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação), mas tendo sempre por base as mesmas teorias/modelos.

Relativamente à 1ª subescala do nosso estudo, podemos verificar que os sujeitos da nossa amostra referenciam as questões relacionadas com a adesão aos programas de reabilitação tendo em conta a sua experiência profissional como “Pouco Freqüente, assim como no estudo de Pedro (2003). Almeida et al., (2007) cit. in Di Matteo e Di Nicola (1982) diz-nos que adesão só passou a ser considerada uma questão importante a partir do século XX. Segundo a ordem dos enfermeiros (2013) a adesão ao regime terapêutico, em enfermagem, é um conceito que engloba não só o cumprimento da prescrição farmacológica, mas também os comportamentos promotores de saúde, como realizar exercício físico, dieta, ter em conta medidas preventivas, entre outras, pelo que o enfermeiro deve compreender como o regime terapêutico se relaciona com a vida do utente. Como nos diz Melo, Teles, Barbosa, Studart & Oliveira (2011), o enfermeiro deve cumprir o papel de educador enfatizando a importância da adesão a hábitos de vida saudáveis. É importante a negociação de um plano de cuidado com o utente, planeando intervenções direcionadas.

Na 2ª subescala a nossa amostra numa escala de 0 a 10 refere que a sua percepção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação, apresenta uma média de 6,48 em contrapartida Pedro (2003), apresenta uma média de 7. Apesar de apresentarmos uma média inferior ao estudo realizado anteriormente, tendencialmente a adesão aos programas de reabilitação é percebida acima do valor médio da escala (5).

Pretendendo identificar o conceito de adesão nos vários grupos de profissionais de saúde (subescala 3), os resultados indicam que a maioria dos profissionais adotou o conceito de Miller, Hill & Ockene (1997), no qual defende a obrigação dos utentes para a realização dos procedimentos que são indicados pelos profissionais de saúde, no sentido de obter resultados clínicos positivos. Contudo, ao fazermos uma análise crítica reflexiva apercebemo-nos que este conceito é o mais antigo na nossa subescala, fazendo uma diferença de 10 anos daquele que é defendido por Gordon et al. (2007).

Na 4ª subescala, verificou-se que os nossos inquiridos atribuem como “Importante”,

tanto as características associadas ao controlo da adesão pelo profissional de saúde, bem como as características através das referências dos utentes. Assim, na totalidade os inquiridos percecionam como importante os métodos de avaliação da adesão. Também o estudo de Pedro (2003) apresenta estes resultados na totalidade da subescala.

Tendo em consideração a 5ª subescala que analisa os fatores que determinam a não adesão dos utentes aos programas de reabilitação, verificámos que os nossos inquiridos percecionam-nos como “Importantes”. Particularizando a subescala pelas 5 dimensões que a constituem, podemos afirmar que no nosso estudo, todas as dimensões foram referenciadas como “Importantes”, ao contrário do estudo de Pedro (2003), em que é atribuída como “Muito Importante” a 1ª dimensão (questões relacionadas com o utente) e como “Pouco Importante” as questões relacionadas com os programas de reabilitação (3ª dimensão).

A 6ª subescala é constituída por três teorias diferentes, que determinam os fatores que vão facilitar a promoção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação, sendo percecionado, no nosso estudo como “Importante”. Porém no estudo de Pedro (2003), estes fatores são percecionados como “Pouco Importante”. Segundo os nossos inquiridos o modelo da aprendizagem social e a teoria do comportamento planeado é percecionado pelos nossos profissionais como “Muito Importante” ao contrário do modelo biomédico que é percecionado apenas como “Importante”. No estudo de Pedro (2003) o papel de proteção em relação ao utente, devendo este seguir as diretrizes recomendadas por eles (modelo biomédico), foi percecionado como “pouco importante”. As restantes questões baseadas nas diferentes teorias, foram percecionadas como “Muito Importante”, para a promoção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação. É importante referir que no estudo deste, eram consideradas no ICD cinco teorias/ modelos de promoção de saúde, tendo sido estabelecida apenas uma comparação com o nosso estudo relativamente às teorias de ambos os estudos.

Relativamente à 7ª subescala, a qual é constituída por três teorias comportamentais diferentes podemos concluir que os nossos inquiridos atribuem como “Importante” a informação e as estratégias a fornecer ao utente no sentido de facilitar a adesão aos programas de reabilitação, em todas as dimensões da subescala. Particularizando a subescala pelas três dimensões, podemos concluir que a 1ª dimensão correspondente aos itens baseados na teoria do Modelo da Hipótese Cognitiva de Ley, é atribuída pela amostra do nosso estudo e do estudo de Pedro (2003) o grau de importância como “Importante”. Tendo por análise a 2ª dimensão da mesma subescala, podemos afirmar que esta é constituída por três itens representativos do Modelo de Representação de Doença, dando mais ênfase às construções

cognitivas que os utentes fazem do seu estado de doença, sendo também atribuída pela amostra de ambos os estudos como “Importante”. A 3ª dimensão, relativa ao Modelo da Motivação para a Proteção, em que é dada a importância à motivação para a adesão tendo sido os itens de ambas os estudos referenciados como “Muito Importante”. Assim, podemos constatar que a atribuição de importância nas três dimensões nos dois estudos foram coincidentes, contudo, é importante referir que no nosso questionário esta questão era constituída por 15 afirmações enquanto que no estudo de Pedro (2003) possuía apenas 13. Segundo Marques, Petuco & Gonçalves (2010), cada paciente deve ser bem informado e a abordagem profissional deve ser individualizada e considerada conforme o contexto de cada um.

Comparando a última subescala (8ª) que diz respeito a fatores que são importantes do ponto de vista do utente, no sentido de facilitar a adesão dos utentes aos programas de reabilitação, baseados em vários modelos comportamentais, podemos afirmar que no nosso estudo tendo em conta as três dimensões, podemos concluir que a 1ª dimensão relativa ao Modelo de Crenças de Saúde, a 2ª dimensão ao Modelo de Auto-Eficácia e a 3ª dimensão relativa ao Modelo do Comportamento Planeado, o grau de importância percebida pelos inquiridos, foi de “Importante” na 1ª dimensão, “Muito Importante” na 2ª dimensão, e “Importante” na 3ª dimensão, sendo coincidente com o estudo de Pedro (2003).

Passemos agora à análise dos **dados inferenciais**:

▪ **Género versus Perceção dos Profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

A análise dos dados demonstrou que os sujeitos do sexo masculino em relação aos *fatores de não adesão* (subescala 5) e *comportamentos importantes para o utente* (subescala 8) diferenciam-se de forma estatisticamente significativa, dos sujeitos do sexo feminino. Assim, são os profissionais de saúde do sexo feminino que mais importância dão às questões relacionadas com as características do próprio utente, doença, do sistema de saúde e com o regime de tratamento, como fatores determinantes de não adesão aos programas de reabilitação, bem como a atribuir maior reconhecimento às estratégias, conhecimentos e mecanismos adotados pelo utente no sentido de este aderir aos programas de reabilitação.

Como refere Sabbatini (2008), as mulheres são melhores que os homens em relações humanas, em reconhecer aspectos emocionais nas outras pessoas e na linguagem, na expressão emocional, na apreciação estética, na linguagem verbal e na execução de tarefas

detalhadas e pré-planejadas. A mulher é sensível, compreensiva, preocupa-se com as necessidades afetivas da família, mostra as suas emoções, valoriza os outros pelas suas qualidades pessoais, logo possuem mais astúcia que os homens e utiliza-a para conseguir determinados objetivos saindo-se muito bem (Poeschl, Múrias & Costa, 2004).

▪ **Grupo etário versus Perceção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

Relativamente à relação entre o grupo etário e a perceção dos profissionais de saúde, o nosso estudo diz-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas. Também Verrísimo e Poeira (2012) dizem que no seu estudo, a identificação profissional não está diretamente relacionada com a idade, isto é, os profissionais de saúde com antiguidade, e, concomitantemente os mais velhos, não se diferenciam dos restantes grupos.

▪ **Categoria profissional versus Perceção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

A importância da categoria profissional, ainda que cada uma possua diferentes funções, mostrou ser uma variável significativa na determinação da perceção da adesão dos utentes. Em relação ao efeito da categoria profissional na perceção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação relativamente às *estratégias dos profissionais* (subescala 7) verificamos através do teste de Tukey (de forma significativa) que os enfermeiros especialistas apresentam maior perceção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação em relação aos médicos relativamente às estratégias usadas por estes profissionais. Assim, são os enfermeiros especialistas de reabilitação a atribuir maior importância à informação e estratégias a fornecer ao utente no sentido de facilitar a adesão aos programas de reabilitação.

No estudo de Leite e Faro (2005) defendem que a assistência de enfermagem na reabilitação tem como principais objetivos auxiliar o paciente a se tornar independente o máximo que puder dentro das suas condições. Assim, os utentes são orientados, durante o internamento, sobre a importância do autocuidado, sobretudo quanto à higiene corporal, alimentação e hidratação, estabelecendo conjuntamente metas dentro das possibilidades do momento. Perante isto, podemos concluir que o enfermeiro de reabilitação contacta um maior período de tempo com o utente comparativamente com o médico visto que além de desenvolver atividades de enfermagem, desenvolve também atividades específicas de reabilitação, possuindo uma vasta experiência profissional, logo, possui uma melhor perceção da adesão destes aos programas de reabilitação. Noutro estudo sobre o papel da enfermagem

na reabilitação física (2010) também nos diz que os enfermeiros são os únicos profissionais que mantém cuidados contínuos aos utentes, evidenciando que em vários estudos sobre reabilitação cardíaca, 84% dos programas de reabilitação coordenados por enfermeiros tinham resultados excelentes (Andrade et al., 2010, cit. in Thompson 1997). Também refere no seu estudo que os enfermeiros proporcionam uma continuidade no processo de reabilitação visto que eles estão envolvidos integralmente nesse processo, possuindo o conhecimento sobre o seu estado de saúde, e passando-o aos outros membros da equipa, com a finalidade que o programa de reabilitação seja estabelecido da melhor forma possível, ajustando os objetivos, para que os resultados esperados sejam alcançados.

Segundo Machado (2009) o profissional de saúde deve estabelecer um vínculo com o utente, através da escuta ativa e de uma relação empática para melhorar a adesão à terapêutica. No entanto, são os enfermeiros que têm um papel fundamental no âmbito do educar, ensinar, treinar, através da utilização de estratégias que levam os utentes a aderirem aos tratamentos/programas de reabilitação, logo, vai de encontro ao nosso estudo.

▪ **Habilitações literárias versus Percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

Com o interesse de conhecer a influência das habilitações literárias na percepção dos profissionais de saúde da adesão dos utentes aos programas de reabilitação, concluímos através de análise de variância (ANOVAS) a não existência de um efeito significativo.

Os nossos resultados não vão de encontro aos de Costa (2009) que defende, que os enfermeiros especialistas apresentam melhor capacidade de trabalho atual e melhores recursos psicológicos relativamente aos enfermeiros com licenciatura. Segundo ele, um maior nível de escolaridade tem efeitos positivos sobre a preservação de uma boa capacidade para o trabalho.

▪ **Tempo de Experiência Profissional versus percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

No que concerne ao tempo de experiência profissional concluímos que não existe qualquer associação entre tempo de experiência profissional e as subescalas.

Para Veríssimo e Poeira (2012), profissionais com antiguidade possuem experiência profissional que lhes permitem exercer funções diferenciadas, associadas a uma maior responsabilidade perante o utente e a sua situação de saúde. No estudo de Alves, Moreira, Azevedo, Rocha e Vilar (2009) cit. in Traverso-Yépez e Morais (2004) a formação médica deve

incluir o papel da experiência profissional e das práticas quotidianas, ampliando, a relação entre médico-paciente e deixando claro que não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas. Decorre daí a necessidade de superar a visão antropocêntrica e individualista do modelo biomédico, acreditando que o agir do profissional de saúde deve ser baseado mais na escuta e no diálogo do que na imposição de "receitas".

▪ **Tipo de utentes versus Perceção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

Ao falarmos do tipo de utentes (crónicos, agudos ou ambos) na perceção dos profissionais de saúde face à adesão destes aos programas de reabilitação as análises de variância assinalam não existir um efeito significativo nas subescalas.

Também Dias (2011), cit. in Vermeire et al. (2001), vai de encontro a este resultado referindo que os utentes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico. Sendo assim, é difícil para o profissional de saúde fazer uma distinção do “tipo de utente” que adere mais ou menos ao programa de reabilitação.

▪ **Tempo de Serviço versus Perceção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

Recorrendo à *Correlação de Pearson*, para se quantificar a associação entre o tempo de serviço onde os profissionais de saúde trabalham e a perceção destes face à adesão dos utentes, os resultados obtidos pelas correlações não expressam a existência de uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis. Acreditamos que este resultado poderá relacionar-se com a falta ou inexistência de cursos ou formação sobre o domínio temático da adesão durante a nossa atividade profissional, visto que a perceção de um profissional de saúde que trabalhe à um ano é a mesma daquele que trabalha à 25 anos.

Os profissionais de saúde têm tido particular acuidade decorrente da crescente complexidade das funções, num contexto de autonomização e construção de identidade da profissão. As preocupações com a sua formação, tem ainda particular relevância no contexto actual, de transformações no sistema de saúde em alguns aspectos considerados basilares. A formação tanto dos enfermeiros, como dos médicos e fisioterapeutas, é um processo global de educação permanente. Para além da formação inicial, a formação de qualquer profissional inclui a formação contínua que visa “promover a actualização e a valorização pessoal e profissional dos funcionários e agentes” (Decreto-Lei nº 9/94 de 13 Janeiro 1994).

▪ **Patologias versus Percepção dos Profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação**

Em relação ao efeito da patologia na percepção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação relativamente aos *métodos da adesão* (subescala 4) verificamos através do teste de Tukey (de forma significativa) que os profissionais de saúde que trabalham com utentes com patologia cárdio-respiratória apresentam maior percepção da adesão destes, do que os profissionais que trabalham com utentes com patologia orto-traumatológica e reumatológica. Os profissionais de saúde que trabalham com utentes da área neurológica também apresentam maior percepção da adesão destes do que os que trabalham com utentes de patologia orto-traumatológica e reumatológica, relativamente aos *métodos da adesão*. Em síntese, podemos afirmar que são os profissionais de saúde que trabalham com utentes com patologia orto-traumatológica e reumatológica que apresentam menor capacidade de avaliação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação.

Cavalari, Nogueira, Fava, Cesarino e Martin (2012) cit. in Silvestre-Busto et al. (2001) diz-nos no seu estudo que a percepção de maior gravidade da patologia está associada à maior adesão, mesmo em tratamentos longos. Logo, vai de encontro aos resultados obtidos no nosso estudo.

## **5 – CONCLUSÕES**

Chegados ao fim desta “jornada”, procuramos agora refletir sobre as limitações do nosso estudo, bem como sobre o percurso efetuado e forma como organizamos o nosso trabalho, com o objetivo de contextualizarmos as principais conclusões deste estudo. No final do capítulo daremos corpo a uma reflexão sobre as implicações práticas onde sugerimos algumas medidas que, pensamos oportunas e ajustadas, que os profissionais de saúde devem ter em consideração.

### **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Dada a existência de alguns fatores que condicionam/limitam o processo de investigação, como em qualquer estudo científico, importa refletir sobre esses aspetos e se de alguma forma podem ter interferido nos nossos resultados. Consideramos que na realização de um estudo de investigação, a experiência do investigador se torna num fator importantíssimo para o seu desenvolvimento. Por conseguinte, temos plena perceção que a inexperiência se tornou uma limitação, pois as questões teóricas são equacionadas e reflectidas com o desenvolvimento da prática e vice-versa. As limitações do nosso estudo surgem essencialmente na distribuição do instrumento de colheita de dados. Como a maioria das instituições exigia a autorização do director clínico do serviço onde o estudo ía ser realizado e posteriormente efetuado o pedido de autorização ao presidente do conselho de administração de cada unidade de saúde, tivemos de fazer uma distribuição ICD fora das instituições. Apenas na ULS Guarda, foi realizado o procedimento anteriormente referido, por ser a instituição onde exerço a minha atividade profissional, logo a recolha dos pedidos de autorização foram mais facilmente conseguidas. Devido a este fato, houve uma baixa adesão de alguns profissionais de saúde ao preenchimento do instrumento de colheita de dados. Algumas das justificações apresentadas por estes foram a falta de tempo (a maioria foi enviado via email) e a extensão do instrumento. Destacamos ainda limitações quanto à colheita dos dados, visto que, após a explanação dos objetivos do estudo e consequente pedido de consentimento, alguns ICD não foram preenchidos e/ou devolvidos. Dos devolvidos, alguns apresentavam-se incompletos ou com erros de preenchimentos, pelo que foram eliminados de forma a não prejudicar os resultados. Acresce a este fato, o curto espaço

temporal em que foi colocada a colheita de dados, resultando numa amostra de pequena dimensão visto a diversidade de profissionais que se incluíam no estudo. Estamos conscientes que uma amostra de maior dimensão, sendo mais representativa dos profissionais de saúde estudados, permitiria outro tipo de análise, recorrendo a outras possibilidades estatísticas, assim como suportariam conclusões mais robustas.

Apesar das limitações anteriormente referidas, consideramos, este nosso trabalho, um contributo válido para o conhecimento da realidade da perceção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação na região Centro/Norte. Os resultados obtidos demonstraram ainda a existência de um vasto campo para estudo, pelo que pensamos ser pertinente registar algumas sugestões para futuras pesquisas nesta área.

Acreditamos também que a adoção de uma política de qualidade, monitorizando os serviços prestados, contribuiria para a obtenção de respostas válidas e adequadas às necessidades reais da população, culminando numa melhoria da perceção dos profissionais de saúde e na redução dos custos associados aos cuidados de saúde. Obviamente que tudo isto só seria possível, se todos os profissionais fossem sensibilizados, para a importância desta temática, e para a necessidade de valorização crescente da adesão dos cuidados de saúde como indicador da qualidade dos cuidados recebidos.

A eficiência constitui o maior desafio para qualquer sistema de saúde do século XXI, visa-se uma prestação de cuidados centrada no utente e que utiliza o mínimo de recursos para obtenção de resultados de qualidade. Prestadores e instituições sentem este desafio crescente e procuram identificar os seus pontos fortes e fracos, avaliar a qualidade dos cuidados que prestam, analisar as condicionantes da sua prestação, e desenvolver estratégias para melhorar estruturas e processos. Neste sentido, os indicadores centrados no utente, como a de satisfação com os cuidados, são cada vez mais reconhecidos como elementos críticos na monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. A monitorização deste tipo de indicadores, é de inegável importância.

Não obstante que, desde o início da conceptualização da investigação, uma das maiores preocupações tida em conta, foi o desenvolver de um trabalho científico pautado pelo rigor metodológico com a maior isenção possível. Contudo, ajuizamos que as limitações deste estudo são idênticas àquelas que a grande maioria dos investigadores encontra pelo que não retiramos qualquer valor ao trabalho desenvolvido, aliás, a consciência dessas limitações fez com que procurássemos reduzir ao máximo a possibilidade de enviesamento dos resultados. O reduzido número de estudos impede-nos de extrapolar e retirar conclusões mais firmes sobre esta temática. Sendo a importância da investigação nesta área inquestionável, futuros

estudos são necessários no sentido de promover uma prática de acordo com a evidência na área da percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação.

## **ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PRINCIPAIS CONCLUSÕES**

Na parte introdutória deste trabalho, tentamos abordar a temática da adesão mostrando a relevância que o tema sugere não só na comunidade científica mas também na comunidade em geral dada a sua prevalência e consequências.

De seguida, debruçamo-nos sobre os vários capítulos que constituem o nosso trabalho/ estudo. No primeiro capítulo, pretendemos sobretudo, articular vários conceitos que possam explicar a percepção da adesão dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação. Após a delimitação do nosso problema, a parte introdutória finaliza com a delineação dos objetivos para este estudo.

No segundo capítulo, debruçamo-nos sobre a metodologia adotada para dar resposta aos nossos objetivos, fazendo a caracterização do tipo de estudo, dos participantes e instrumento de colheita de dados, fazendo referência ao procedimento da sua aplicação.

No terceiro capítulo apresentamos os resultados obtidos nesta investigação relativo à caracterização dos profissionais de saúde do ponto de vista sóciodemográfico e profissional, bem como a caracterização da percepção da adesão.

Desta feita e após os dados recolhidos, realizamos na segunda parte deste capítulo, o tratamento estatístico inferencial referente às variáveis em estudo e à sua correlação e/ ou influência sobre a nossa variável dependente – Percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação.

No quarto capítulo realizamos a discussão dos resultados, com vista a dar resposta aos objetivos inicialmente traçados para a presente investigação. Assim, e tomando em consideração a ordem dos mesmos, chegamos às seguintes conclusões, com significado estatístico:

1. Determinantes sóciodemográficos e profissionais na percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação:
  - São as mulheres a apresentar maior percepção face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação;

- São os enfermeiros especialistas de reabilitação que apresentam maior percepção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação em relação aos médicos relativamente às estratégias usadas por estes profissionais;
  - Relativamente aos métodos da adesão, os profissionais de saúde que trabalham com utentes com patologia cárdio-respiratória apresentam uma maior percepção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação em relação aos profissionais que trabalham com utentes com patologia orto-traumatológica e reumatológica. Foi identificado também, que profissionais que trabalham com utentes com patologia neurológica apresentam maior percepção da adesão dos utentes aos programas de reabilitação do que os profissionais que trabalham com utentes com patologia orto-traumatológica e reumatológica.
2. Determinantes da adesão dos utentes aos programas de reabilitação, na percepção dos profissionais de saúde:
- É o conceito defendido por Miller, Hill e Ockene (1997) o que melhor define o conceito de adesão;
  - Os nossos inquiridos percecionam como pouco importante a adesão relativamente à experiência profissional;
  - A avaliação da adesão dos utentes aos programas de reabilitação é percecionada pelos profissionais de saúde como importante;
  - Os fatores relacionados com os programas de reabilitação responsáveis pela não adesão são percecionados pelos profissionais de saúde como importantes;
  - É percecionado pelos profissionais de saúde, como importante, os modelos da promoção da adesão;
  - As estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, que estes consideram como muito importantes e que facilitam a implementação da adesão aos programas de reabilitação são baseadas no Modelo da Motivação para a Proteção;
  - Os fatores do ponto de vista do utente, no sentido de facilitar a adesão ao programa de reabilitação são os baseados no modelo de auto-eficácia, sendo percecionados pelos profissionais de saúde como muito importantes.

Os dados empíricos do presente estudo, numa amostra de 98 profissionais de saúde, comprovaram que a percepção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação é de 6,48 sendo considerado um valor acima da média.

Assim, para alcançar o último objetivo, desenvolvemos uma reflexão com base na literatura consultada, mas também, nos conhecimentos adquiridos pelo que apresentamos de seguida algumas implicações práticas no nosso trabalho.

### **IMPLICAÇÕES PRÁTICAS**

Tendo os profissionais de saúde um papel preponderante na problemática da adesão parece-nos poder afirmar que, globalmente, no contexto em que se realizou o presente estudo, este fenómeno ainda não é assumido por estes, como uma prática profissionalizada do seu exercício.

Enquanto enfermeira de reabilitação tenho como objetivo na minha prática profissional diária, tornar o utente com níveis máximos de interdependência funcional, promovendo o auto-cuidado, bem como reforçar comportamentos de adaptação positiva e assegurar a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados tendo sempre como referência uma qualidade de vida óptima, cabendo-nos a nós que o utente mantenha um elevado grau de confiança de que vai obter êxito no tratamento/programa de reabilitação, produzindo efeitos positivos na sua vida. O enfermeiro de reabilitação tem de manter o utente motivado através do estabelecimento de várias estratégias tendo sempre em mente a pessoa em si, dotada de uma magnitude física, emocional e social, para que este colabore no programa de reabilitação. É importante que este consiga transmitir ao utente através de uma adequada comunicação (oral ou escrita), todos os conselhos que ache oportunos de forma que o utente se lembre deles ao longo do tempo e fora do espaço da consulta. Todos os profissionais de saúde têm um papel preponderante na adesão dos utentes aos programas de reabilitação, contudo a maior fatia cabe ao enfermeiro especialista de reabilitação visto que, principalmente a nível hospitalar, é com este profissional de saúde com que o utente contacta maior parte do tempo. Assim, é importante que as instituições de saúde estejam alerta da importância da realização de acções de educação, formação complementar acerca do tema da adesão. As instituições de saúde devem assegurar o desenvolvimento de competências pelos profissionais de saúde a nível pré e pós graduado, de comunicação pessoal e social, de humanização dos cuidados, e da relação com o utente, além da monitorização e avaliação dessas práticas. Profissionais de saúde mais competentes mostram melhor comunicação com

o utente, logo prescrições mais adequadas e maior satisfação para ambas as partes. Como referimos anteriormente, o aumento da adesão é benéfico não só para o indivíduo em si, mas também para os sistemas de saúde.

Perante os resultados do nosso estudo podemos afirmar que devemos desenvolver uma relação empática com o utente e família tentando perceber as dificuldades sentidas por estes, e esclarecer dúvidas que possam existir, através do estabelecimento da escuta ativa, levando o utente a sentir-se mais satisfeito, e como um elemento essencial no processo de tratamento. Contudo, é importante avaliar-se o processo de adesão, pois é necessário verificarmos se as medidas e estratégias adotadas estão a conseguir produzir o efeito desejado. Existem várias formas de envolver o utente no programa de reabilitação, devendo nós enquanto profissional de saúde tentar explorá-las ao máximo e das mais variadas formas possíveis.

Também as escolas de enfermagem têm um papel muito importante no ensino de técnicas que vão de encontro à educação do enfermeiro especialista, isto é, educar o enfermeiro no sentido da utilização de intervenções que ajudem os indivíduos e a comunidade a adotar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde. Todos os enfermeiros de reabilitação têm como primazia da sua atividade a educação para a saúde, isto é, o enfermeiro de reabilitação tem de se dotar de estratégias com basenum conjunto de conhecimentos transversais que lhe permita atuar de forma personalizada, atendendo a vários aspetos ao mesmo tempo, nomeadamente a incapacidade, suporte familiar, ambiente residencial bem como os recursos existentes na comunidade.

Sugerimos também a realização de campanhas de sensibilização e/ou programas na área da educação para a saúde e auto-gestão da doença, das pessoas e comunidades apoiando a produção e disponibilização de manuais e guias de apoio que incluampotenciais problemas da não adesão, registo de resultados dos tratamentos e sintomas, bem como a organização de grupos de programas terapêuticos. Isto é, alertar ou relembrar a comunidade para as consequências da não adesão aos programas de reabilitação, de modo à consciencialização destes, para as complicações que advém da não adoção ou modificação desse comportamento.

Terminamos este estudo com a convicção que atingimos os objetivos propostos inicialmente, contribuindo para o conhecimento teórico da problemática da perceção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação, ficando, enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação a exercer funções no serviço de Ortopedia, a vontade de aplicar na minha prática profissional todos os ensinamentos adquiridos.

O trabalho em saúde deve ser entendido como um trabalho coletivo, isto é, resulta do contributo de todos os profissionais envolvidos, em que cada um deve dar o seu contributo particular de acordo com o seu papel social, e que apesar das especificidades de conhecimentos e de práticas profissionais, faz parte de um conjunto que resulta na assistência à saúde de seres humanos. Assim, a sua reflexão e compreensão tornam-se imprescindíveis para a prestação de uma assistência de qualidade.

Deste modo, esta problemática não ficou remediada com este trabalho, urge continuar a investigação através de desenhos metodológicos adequados para promover uma prática baseada em evidência e encontrar respostas mais concretas para a perceção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação. Esperamos, finalmente, que o presente estudo possa contribuir para incentivar a realização de novos estudos. Publicitá-lo, permite a crítica pelos iguais e a realização de novas investigações que irão refiná-lo ou contestá-lo. Concluir não é terminar, mas sim ganhar subsídios para voos mais altos e futuras investigações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, H., Versiani, E., Dias, A. & Novaes, Trindade. (2007). *Adesão a Tratamentos entre Idosos*. Comunicação em Ciências da Saúde, vol. 18 (1), Brasília p. 57-67.

Alves, A. N. de O.; Moreira, S. da N. T.; Azevedo, G. D.; Rocha, V. M. & Vilar, M. J. (2009). A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRN - Natal - RN – Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 33 (4).

Andrade, C. R., Chor, D., Faerstein, E., Griep, R.H., Lopes, C.S. & Fonseca, M.J.M. (2005). Apoio social e auto exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Caderno Saúde Pública*, vol.21 (2).

Andrade, L. T.; Araújo, E. G., Andrade, K. R. P.; Soares, D. M., Clanca, T. C. M. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 63 (6), p. 1056-1060.

Andréa, F. (2010). *A atividade física e o enfrentamento do estresse em idosos*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo.

Araújo, G. B. S. & Garcia, T. R. (2006). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: ma análise conceitual. *Revista Eletrónica Enfermagem*, vol. 8 (2), p. 259-272.

Bastos, F. S. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2 – Participação das esposas no plano educacional*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto.

Brannon, L. & Feist, J. (1997). *Adhering to Medical Advice. In Health Psychology - An Introduction to behavior and Health*. 3a ed. USA: International Thomson Publishing; Cap. 8, p. 187-209.

Bond, W. S., & Hussar, D. A. (1991). Detection methods and strategies for improving medication compliance. *American Journal of Hospital Pharmacy*, vol. 48, p. 1978-1988.

Bugalho, A., Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.

Catela, A. I. (2010). Viver a adesão ao regime terapêutico: experiências vividas do doente submetido a transplante cardíaco – *Revista Pensar Enfermagem*, vol. 14 (2), 2º semestre de 2010.

Cavalari, E.; Nogueira, M. S.; Fava, S. M. C. L.; Cesarino, C. B. & Martin, J. F. V. (2012). Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Revista de Enfermagem UERJ*, vol. 20 (1), p. 67-72.

Cook, T.D., & Campbell, D. (1979). *Quasi experimentation: design & analysis issues for field settings*. Chicago: Rand Mc Nally.

Costa, I. M. A. R. (2009). *Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos enfermeiros*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina, Coimbra.

Costa, K. P. S. (2012). *Adesão de Pacientes Portadores de Insuficiência Renal Crônica à Terapia Dialítica*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Paulista, Recife.

Decreto lei nº 9/94, de 13 de Janeiro de 1994. *Diário da República nº 10- Série I*. Assembleia da República. Lisboa.

De Marco, M. A. (2006). Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projecto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 30 (1).

Delgado, A. B. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a Validação Concorrente de uma Medida de Adesão aos Tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, II* (002), p. 81-100.

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A. & Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, vol. 40, p. 201-219.

Direção Geral de Saúde. (2010). *II Fórum Internacional sobre o Doente Crónico*. Acedido em 3, Novembro, 2013 em <http://www.dgs.pt/?cr=15999>.

Di Matteo, M. & Di Nicola D. (1982). *Achieving Patient Compliance: The Psychology of the Medical Practitioner's Role*. New York: Pergamon Press.

Ercikan, K., Schwarz, R. & Julian, M., (1998). Calibração e pontuação dos testes com os tipos de itens de escolha múltipla e de resposta construída. *Jornal de Avaliação Educacional*, vol. 35, p. 137-155.

Fenprof. (2012). *O sistema de ensino superior em Portugal*. Acedido em 12, Novembro, 2013 em [http://www.fenprof.pt/Download/FENPROF/SM\\_Doc/Mid\\_132/Doc\\_6444/Anexos/SESP Parte I.pdf](http://www.fenprof.pt/Download/FENPROF/SM_Doc/Mid_132/Doc_6444/Anexos/SESP_Parte_I.pdf).

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gaspar, P. J. S.; Costa, R. P. P.; Costa, J. E. G.; Fierro, J. M. M. & Rodrigues, J. O. (2010). Impacto da formação profissional contínua nos custos do tratamento das feridas crónicas. *Revista de Referência, III série*, p. 53-62.

Gil, A.C. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4rd ed. São Paulo: Atlas.

Giorgi, D. M. A. (2006). Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, vol. 13 (1), p. 47-50.

Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de Reabilitação – Um contributo para a satisfação do utente*. Dissertação de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto

Gordon, K., Smith, F., & Dhillon. (2007). *Effective chronic disease management: Patient's perspectives on medication-related problems*. *Patient Education and Counseling*, vol. 65, p. 407-415.

Gusmão, J. L. & Jr., D. M. (2006). Adesão ao Tratamento - conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, vol. 13 (1), p. 23-25.

Gusmão, J. L.; Ginani, G.F.; Silva, G.V.; Ortega, K.C. & Jr., D. M. (2009). Adesão ao Tratamento em Hipertensão Arterial Sistólica Isolada. *Revista Brasileira de Hipertensão*, vol. 16 (1), p. 38-43.

Haynes, R. B. (1979). *Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment*. In: Haynes, R. B.; Taylor, D.W. & Sackett, (Eds.). *Compliance in Health Care* Baltimore: The Johns Hopkins University Press. p. 49-62.

Health Institute. (2013). *Como melhorar a adesão ao tratamento?*. Acedido em 31, Outubro, 2013, em <file:///D:/Users/Utilizador/Desktop/recente/Como%20melhorar%20a%20ades%C3%A3o%20ao%20tratamento%20-%20Unilever%20Health%20Institute.htm>.

Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário*. Lisboa: Silabo.

Horne, R.; (2000). Compliance, Adherence and Concordance. In GARD P. *Behavioural Approach to Pharmacy Practice*. London: Blackwell; 2000. p. 166-183.

Hutchinson, L. C., Jones, S. K., West, D. S. & Wei, J. Y. (2006). Assessment of Medication Management by Community-Living Elderly Persons with Two Standardized Assessment Tools: A Cross-Sectional Study. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 4, p. 144-153.

Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011 em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011\\_apresentacao](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao).

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal 2001-2011*. Consultado a 20, Outubro, 2013.

Instituto Nacional de Estatística. (2013). Consultado a 28, Outubro, 2013 em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=151971792&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=151971792&DESTAQUESmodo=2).

Janz, I. & Becker, H. (1984). *The health belief model: a decade later*. Health Education Quarterly, vol. 11.

Jardim, P. C. B. V. (2001). *Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudo*. In: Nobre F, Pierin A.M.G, Mion D. Jr. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. Lemos Editorial, p.58.

Jardim, P. C. B. V. & Jardim, T. S. V. (2006). Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira Hipertensão*, vol. 3 (1), p. 26-29.

Justo, Cipriano (2010) –A crise do modelo biomédico e a resposta da promoção da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 28 (2) [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087090252010000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087090252010000200001&script=sci_arttext).

Kiess, H.O. & Bloomquist, D.W. (1985). *Psychological research methods: A conceptual approach*. London: Allyn and Bacon.

Klein, J. M., & Gonçalves, A. G. A. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, vol. 10 (2), p. 113-120.

Lakatos, E.M., & Marconi, M.A. (1996). *Metodologia científica*. (3 ed.), São Paulo: Atlas.

Leite, V. B. E. & Faro, A. C. M. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em de reabilitação físico-motora. *Revista da escola de Enfermagem da USP*, vol. 39 (1).

Leite, S. N. & Vasconcellos, M. (2003). *Adesão à Terapêutica Medicamentosa: Elementos para a Discussão de Conceitos e Pressupostos Adotados na Literatura*. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 8 (3).

Leventhal, H. & Cameron, L. (1987). *Behavioral theories and the Problem of Compliance*. *Patient Education and Counseling*, vol. 10.

Ley, P. (1981). Professional non-compliance: A neglected problem. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 20, p. 151-154.

Machado, M. M. (2009). *Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros*. Instituto de Educação e Psicologia. Acedido em 29, Janeiro, 2013, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20%200Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>.

Marques, E. I. W.; Petuco, V. M.; Gonçalves, C. B. C. (2010). Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, vol. 7 (2).

Marteau, T. & Johnston, M. (1991). Health Professionals: A Source of Variance in Health Outcomes. *Psychology and Health*, vol. 5, p. 47-58.

Margalho, R.; Nazareth, C.; Caetano, A.S.; Oliveira, J.; Cunha, J.G.S. & Mello-Silvestre, A.A. (2009). *Métodos de avaliação e observação clínica de adesão à TARV*. Acedido em 12, Maio, 2013, em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0466.pdf>.

Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. New York: Plenum Press.

Mello, Melissa. (s.d.). *Não adesão ao tratamento farmacológico*. Acedido em 31, Outubro, 2013, em <file:///D:/Users/Utilizador/Desktop/recente/N%C3%A3o%20ades%C3%A3o%20ao%20trata>

[mento%20farmacol%C3%B3gico%20-%20A%20ades%C3%A3o%20pode%20ser%20definida%20como%20o%20grau....htm.](#)

Melo, E. M.; Teles, M. S.; Teles, R. S.; Barbosa, I. V.; Studart, R. M. B. & Oliveira, M. M. (2011). Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. *Revista de Enfermagem Referência*, vol III (5).

Miller, N. H., Hill, M., Kottke, T., Ockene, I. S. (1997). *The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action*. A statement for healthcareprofessionales. *Circulation* 1997;95:1085-1090.

Moura, L. R. C.; Veiga, R. T.; Cunha, N. R. S. & Moura, L. E. L. DE. (2012). A teoria do comportamento planejado e sua modificação com a inclusão do comportamento passado: um estudo sobre o comportamento de tentar perder peso. *Revista perspectiva*, vol. 36.

Namey, M. (2001). *Promoting Adherence to Complex Protocols*. In: *Advanced Concepts in Multiple Sclerosis Nursing Care*. Halper Ch.05. Acedido em 5, Março, 2013, em [http://www.demoshealth.com/files/HalperAdv\\_05.pdf](http://www.demoshealth.com/files/HalperAdv_05.pdf).

Novartis Biociências S.A. (2013). *Adesão ao tratamento*. Acedido em 2, Novembro, 2013, em <file:///D:/Users/Utilizador/Desktop/recente/Ades%C3%A3o%20ao%20Tratamento.htm>.

OCDE. (2011). *Reforma em Portugal da população*. Acedido em 7, Novembro de 2013 em <http://www.oecd.org/fr/general/resultatsdelarecherche/?q=2011&cx=012432601748511391518:xzeadub0b0a&cof=FORID:11&ie=UTF-8>.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Oliveira, T. R. P., Pedrosa, L. A. K. & Gonçalves, R. M. D. (2008). Estudo Da Hipertensão Arterial Sistémica: Repercussões Quanto a Adesão ao Tratamento. *Revista Triângulo*, vol. 1 (1), p. 97-110.

Ordem dos enfermeiros (2013). *Dados Estatísticos 2000-2012*. Acedido em 12, Novembro, 2013 em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados\\_estatisticos/index.html#/1/zoomed](http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados_estatisticos/index.html#/1/zoomed).

Ordem dos enfermeiros (2013). Acedido em 25, Outubro, 2013 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid\\_DiaInternacionalTuberculose2011.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionalTuberculose2011.aspx).

Osterberg, L., Blaschke, T. (2005). *Drug therapy: adherence to medication*. N Engl J Med 2005; 353(5), p. 487-97.

Okuma, S. S. (1997). *O significado da actividade física para o idoso: um estudo fenomenológico*. Dissertação de doutoramento não publicada, Instituto de Psicologia, USP, São Paulo.

Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Pedro, L. M. R. (2003). Percepção dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) da adesão dos doentes ao tratamento. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Pedhazur, E. J., & Schmelkin, L. (1991). *Measurement, design and analysis: An integrated approach*. New Jersey, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Pereira, A., & Poupá, C. (2004). *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o word*. (3ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – a Complementaridade Do Spss*. Edições Silabo, 3ª Edição, Lisboa.

Poeschl, G.; Múrias C. & Costa, E. (2004). *Desigualdades sociais e representações das diferenças entre os sexos*. *Análise Social*, vol. 39 (171), p. 365-387.

Ponte, J. P. & Canavarro, A. P. (1997). *Matemática e novas tecnologias*. Lisboa: Universidade Aberta.

Portal de Saúde. (2013). Acedido em 14, Setembro, 2013 em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33284&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=33284&janela=1).

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Rogers, R. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, vol. 91.

Sabbatini, R. M. E. (2000). Existem diferenças entre os homens e as mulheres?. Acedido em 23, Outubro, 2013 em <http://www.cerebromente.org.br/n11/mente/eisntein/cerebro-homens-p.html>.

Silveira, L. M. C.; Ribeiro, V. M. B. (2005). *Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients*. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 9 (16), p. 91-104.

Sousa, M<sup>a</sup> Rui Miranda Grilo Correia (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.

Stanton A. L. (1987). Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients. *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 10 (4), p. 377-394.

Taylor, S. E. (1995). *Health Psychology*. New York: Random House.

Terra.(2013). *Títulos de mestrados cresceram em média 11% no Brasil*. Consultado a 25, Novembro, 2013 em <http://noticias.terra.com.br/educacao/titulos-de-mestrado-cresceram-em-media-11-ao-ano-no-brasil,51d7511e54cee310VgnVCM20000099cceb0aRCRD.html>.

Turk, D. & Meichenbaum, D. (1991). *Adherence to self-Care Regimens: the patient's perspective*. In J. Sweet, R. Rozensky, & S. Tovian (Eds.) *Handbook of clinical Psychology in medical Settings*. New York: Plenum Press.

Valle, E. A., Viegas, E. C., Castro C. A. C. & Toledo Junior A. C. (2000). A adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Clínica Terapêutica*, vol. 26 (3), p. 83-86.

Veríssimo, L. & Poeira, A. (2012). Tipologia de perfis socioprofissionais e a identificação profissional numa organização de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 30 (2).

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Library Cataloguing-in-Publication. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2012). The Top 10 causes of death. Consultado a 20, Outubro, 2013 em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>.

Weinman, J. & Petrie, K. (1997). *Perceptions of Health & Illness*. London: Harwood Academic Publishers.

# APÊNDICES



## APÊNDICE I

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU  
Escola Superior de Saúde de Viseu

**Unidade Científico Pedagógica:** Enfermagem de Reabilitação  
**Investigador Principal:** Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque  
**Investigador Colaborador:** Ana Rita Almeida Batista

### Perceção dos profissionais de saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação

## INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

### ESCLARECIMENTO PRÉVIO

Caro(a) Participante:

Ao realizar este estudo pretendemos determinar qual a perceção que os profissionais de saúde têm face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação e identificar quais as variáveis que mais influencia essa mesma adesão.

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. Neste contexto, não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

A sua participação é muito importante para este estudo, mas, se por qualquer razão, não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Agradecemos com elevada estima, certos da sua inestimável colaboração.

**Viseu, Junho de 2013**

Pela Equipa de Investigação

Carlos Albuquerque

## Caracterização Sócio-demográfica e Profissional

Assinale com uma cruz (x) o que melhor se adequa à sua situação pessoal

### 1. Sexo:

- (1) Masculino                       (2) Feminino

### 2. Idade: \_\_\_\_\_ Anos

### 3. Categoria Profissional

- (1) Médico  
 (2) Enfermeiro  
 (3) Fisioterapeuta  
 (4) Terapeuta da fala               (5) Terapeuta Ocupacional  
 (6) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

### 4. Habilitações Académicas:

- (1) Licenciatura ou equivalente Legal  
 (2) Pós- Licenciatura  
 (3) Mestrado. Qual? \_\_\_\_\_  
 (4) Doutoramento. Qual? \_\_\_\_\_

### 5. Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

### 6. Instituição onde exerce a sua atividade profissional: \_\_\_\_\_

### 7. Serviço onde exerce funções: \_\_\_\_\_

### 8. Tempo de serviço onde trabalha atualmente: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

### 9. Carga horária semanal:

- (1) 35 horas               (2) 40 horas               (3) Outra. Quantas? \_\_\_\_\_ horas

### 10. Trabalha habitualmente com doentes:

- (1) Crónicos               (2) Agudos               (3) Ambos

11. Se a sua actividade profissional no referido hospital é direccionada para alguns doentes com patologia específica, refira qual: \_\_\_\_\_

### Escala de Adesão

Das seguintes afirmações, indique para cada uma delas, o quadro que melhor traduz a sua experiência profissional nas questões relacionadas com a adesão aos programas de reabilitação nos últimos tempos:

**1. As questões de adesão aos programas de reabilitação têm sido levantadas na sua prática profissional?**

- (1) Raramente/ Nunca
- (2) Pouco frequentemente
- (3) Frequentemente
- (4) Muito frequentemente

**2. Tem lido na área da sua profissão, informação relacionada com a adesão aos programas de reabilitação?**

- (1) Raramente/ Nunca
- (2) Pouco frequentemente
- (3) Frequentemente
- (4) Muito frequentemente

**3. Em encontros como congressos, simpósios ou outros eventos em que tenha participado, o tema da adesão ao tratamento/programa de reabilitação tem aí sido focado?**

- (1) Raramente/ Nunca
- (2) Pouco frequentemente
- (3) Frequentemente
- (4) Muito frequentemente

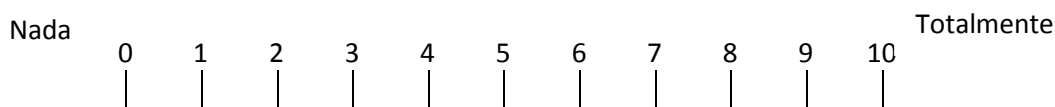
**4. Participa habitualmente em cursos, formações sobre o domínio temático da adesão aos tratamentos/programa de reabilitação por parte dos utentes?**

- (1) Raramente/ Nunca
- (2) Pouco frequentemente
- (3) Frequentemente
- (4) Muito frequentemente

**5. Na sua relação com os utentes é frequente falar sobre adesão ao programa de reabilitação?**

- (1) Raramente/ Nunca
- (2) Pouco frequentemente
- (3) Frequentemente
- (4) Muito frequentemente

**6. Em que medida pensa que os seus utentes aderem ao programa de reabilitação? (Assinale com um círculo o nível que melhor expressa a sua opinião)**



**7. Qual das seguintes frases, melhor expressa a sua opinião, acerca o que deveria ser a adesão ao tratamento/ programa de reabilitação? (Assinale com um círculo a frase que lhe parece mais correta).**

- 1) A adesão é o cumprimento do plano de tratamento. Isto é, o comportamento dos doentes coincide com a prescrição e aconselhamento médico.
- 2) A adesão é o conjunto de comportamentos indispensáveis, para que os doentes obtenham resultados positivos, no sentido das melhorias clínicas.
- 3) A adesão é a capacidade que os doentes adquirem, para implementar estratégias pessoais, no sentido de melhorar o seu estado de saúde.

**8. Nos processos pelos quais poderá ser avaliada a adesão dos utentes ao tratamento, assinale com um círculo em cada uma das afirmações, a importância que cada um poderá ter:**

	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante
1. Através da permanência em programas de reabilitação e seguimento das consultas estabelecidas	1	2	3	4
2. Através de avaliações fisiológicas (ex: auscultação pulmonar) e monitorização de exames auxiliares de diagnóstico	1	2	3	4
3. Através do que os utentes afirmam fazer, no controlo da sua situação clínica	1	2	3	4
4. Através dos resultados clínicos, ou seja, da melhoria do seu estado de saúde.	1	2	3	4

**9. Assinale com um círculo, em cada uma das afirmações seguintes, a importância atribuída aos factores que poderão determinar a não adesão dos utentes ao programa de reabilitação:**

	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante
1.Características psicológicas dos utentes	1	2	3	4
2.Gravidade que atribui à situação clínica	1	2	3	4
3.Incapacidade de entender a informação	1	2	3	4
4.Crenças dos utentes sobre a situação clínica	1	2	3	4
5.Questões sociais, culturais ou étnicas que podem dificultar a noção de doença e o plano de tratamento/programa de reabilitação	1	2	3	4
6.Impato da situação clínica na sua vida	1	2	3	4
7.Indiferença e pessimismo dos utentes em relação ao tratamento/programa de reabilitação	1	2	3	4
8.Insatisfação com os profissionais de saúde	1	2	3	4
9.Falta de capacidade, motivação e auto-eficácia para gerir o tratamento /programa de reabilitação	1	2	3	4
10.Reconhecimento da necessidade de efectuar tratamentos/ programa de reabilitação	1	2	3	4
11.Bom suporte social e familiar	1	2	3	4
12.Défice de recursos monetários	1	2	3	4
13.Características patológicas da situação clínica	1	2	3	4
14.Estabilidade de sintomas (não alteração de sintomas)	1	2	3	4
15.Estabilidade psicológica	1	2	3	4
16.Tratamentos de curta ou longa duração	1	2	3	4
17.Complexidade dos tratamentos	1	2	3	4
18.Ausência de cuidados continuados	1	2	3	4
19. Dificuldade em faltar ou ausentar-se do local de trabalho	1	2	3	4
20.Longas esperas nos serviços de saúde	1	2	3	4
21.Horários e duração das consultas	1	2	3	4
22.Boa articulação dos serviços de saúde	1	2	3	4
23.Comunicação inadequada entre os utentes e profissionais de saúde	1	2	3	4
24.Baixo grau de escolaridade	1	2	3	4

25. Atitudes e comportamentos desajustados dos profissionais de saúde	1	2	3	4
26. Qualidade da relação do profissional de saúde com o utente	1	2	3	4
27. Supervisão adequada dos profissionais de saúde	1	2	3	4

**10. Das seguintes afirmações, refira o grau de importância que cada uma delas tem, no sentido de facilitar a promoção da adesão dos utentes ao programa de reabilitação:**

	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante
1. Os profissionais de saúde assumam um papel de protecção, devendo o utente seguir as suas directrizes	1	2	3	4
2. Os profissionais de saúde devem ensinar aos utentes os procedimentos que deverão realizar, através de um processo de ensino continuado	1	2	3	4
3. A adesão resulta do conhecimento sobre os benefícios e as vantagens que os utentes poderão obter, no cumprimento dos comportamentos previstos	1	2	3	4
4. A adesão resulta da percepção que os utentes têm do seu estado e dos procedimentos que terão de efectuar para atingir os objectivos que são pretendidos	1	2	3	4

**11. Das seguintes afirmações, determine para cada uma delas o grau de importância, no sentido de implementar e facilitar a adesão dos utentes ao programa de reabilitação. Assinale com um círculo a resposta que lhe parece mais certa em cada uma das afirmações:**

	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante
1. Explicar a importância da adesão	1	2	3	4
2. Simplificar a informação	1	2	3	4
3. Recompensa pela melhoria na adesão (elogiar os esforços)	1	2	3	4
4. Usar a repetição da informação	1	2	3	4
5. Fornecer folhetos de informação	1	2	3	4
6. Escrever os procedimentos	1	2	3	4
7. Ter em conta os horários preferidos do utente	1	2	3	4
8. Ajudar o indivíduo a lidar com os sintomas da doença	1	2	3	4
9. Incentivar acerca de estratégias de adaptação	1	2	3	4
10. Compreender os problemas originados pela situação clínica	1	2	3	4
11. Conhecer social e culturalmente as consequências da situação clínica	1	2	3	4

12. Dar a conhecer a situação clínica	1	2	3	4
13. Envolver os familiares, amigos e outras pessoas próximas da situação clínica	1	2	3	4
14. Alertar e relembrar potenciais complicações por não cumprir o plano de tratamento/programa de reabilitação	1	2	3	4
15. Motivar o utente em relação à adesão, no sentido em que este é determinante para melhorar o seu estado de saúde	1	2	3	4

**12. Das seguintes afirmações, determine para cada uma delas a importância para o utente, no sentido de implementar e facilitar a adesão ao programa de reabilitação. Assinale com um círculo a resposta que lhe parece mais certa em cada uma das afirmações:**

	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante
1. Ter experiência pessoal acerca da situação clínica	1	2	3	4
2. Percecionar a vulnerabilidade perante a sua situação clínica	1	2	3	4
3. Acreditar nos benefícios da adesão ao tratamento/programa de reabilitação	1	2	3	4
4. Acreditar nos obstáculos existentes em relação à implementação do tratamento/programa de reabilitação	1	2	3	4
5. Ter capacidade de avaliar e lidar com a sua situação clínica	1	2	3	4
6. Percecionar que comportamentos de não adesão ao tratamento/programa de reabilitação, terá consequências graves	1	2	3	4
7. Aderir ao tratamento/programa de reabilitação poderá obter resultados mais satisfatórios em relação ao seu estado de saúde	1	2	3	4
8. Ter expectativas em relação à auto-eficácia de adesão ao tratamento/programa de reabilitação	1	2	3	4
9. Acreditar que a adesão ao tratamento/programa de reabilitação irá melhorar os sintomas da sua situação clínica e consequentemente melhorar o seu estado de saúde	1	2	3	4
10. Acreditar que as pessoas importantes da sua vida querem que ele adira ao tratamento/programa de reabilitação	1	2	3	4
11. Acreditar ser capaz de aderir ao tratamento/programa de reabilitação, tendo em conta a avaliação das vantagens e desvantagens da adesão a este	1	2	3	4

O Questionário chegou ao fim.

Agradecemos a atenção dispensada.

## APÊNDICE II

Exmo Sr. Enf<sup>o</sup> Diretor da Unidade  
Local de Saúde, E.P.E.

Ana Rita Almeida Batista, Enfermeira deste hospital, exercendo funções no Serviço de Ortopedia Mulheres com o n<sup>o</sup> mecanográfico 1863, e aluna do 3<sup>o</sup> Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde vem solicitar a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> que se digne a autorizar a aplicação de instrumento de colheita de dados na Instituição em causa, no âmbito da unidade curricular de Investigação, no qual estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema “Perceção dos profissionais de saúde sobre a adesão aos programas de reabilitação”

*Made a 9/6/13*  
*Com*  
**L.S. Guarda, E.P.E.**  
NIF. 508 752 000  
Av. Rainha D. Amélia  
301-857 GUARDA

Guarda, 11 de Junho de 2013

Pede Deferimento

Ana Rita Almeida Batista