

Ana Rita Castanheira Duarte

Satisfação com a Informação nos Utentes com Cardiopatia Isquémica

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Março de 2012

Ana Rita Castanheira Duarte

Satisfação com a Informação nos Utentes com Cardiopatia Isquémica

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estudo efetuado sob a orientação do:
Mestre António Madureira Dias

Março de 2012



AGRADECIMENTOS

Um trabalho de investigação é sempre fruto de um trabalho de equipa, não podendo ser nunca individual.

Nesse sentido, não seria justo e muito menos correto deixar passar esta oportunidade de agradecer ao Orientador deste trabalho, Mestre António Madureira Dias, pelo apoio, sugestões e disponibilidade que foram fundamentais para a realização deste trabalho, o meu muito obrigada.

Aos meus pais, pela confiança que sempre me transmitiram e pelo amor incondicional.

A uma grande amiga, pela força que me deu, agradeço-lhe as palavras de carinho com que sempre me presenteou, assim como pelo incentivo que me deu durante toda esta caminhada.

Aos doentes que se disponibilizaram a preencher os questionários

A todos, um muito Obrigada.

RESUMO

Enquadramento: A capacidade do profissional de saúde de estabelecer uma relação empática com o utente deve pautar-se por uma adaptação à condição dele. Compreende esta relação a transmissão de informações, que permitam fornecer ao doente com cardiopatia isquémica bases necessárias para o tratamento, sobretudo no que se refere à medicação.

Objetivos: Relacionar as variáveis sociodemográficas com a satisfação do doente com cardiopatia isquémica sobre a informação acerca da medicação; relacionar a funcionalidade familiar, a adesão terapêutica, a informação, as capacidades comunicacionais, as atitudes e relação com o doente e o profissional de saúde com a satisfação do doente com cardiopatia isquémica face à informação acerca da medicação; determinar o nível de satisfação com a informação.

Métodos: Optou-se por um estudo não experimental, de natureza quantitativa, do tipo descritivo-correlacional e explicativo. Para avaliar as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados contém um questionário, constituído por questões relativas às variáveis sociodemográficas, sociofamiliares e clínicas, contendo ainda duas escalas (SIMS Global e Escala de Medida de Adesão ao Tratamento). A amostra é constituída por 140 doentes com doença coronária isquémica, maioritariamente do sexo masculino, segundo um tipo de amostragem não probabilística acidental. Os participantes foram escolhidos em conformidade com a sua presença na Consulta Externa de Cardiologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Resultados: O estado civil, a situação laboral, a escolaridade e o rendimento foram as variáveis sociodemográficas a interferir na satisfação com a informação acerca da medicação. Concluiu-se que quanto maiores são os índices nas variáveis independentes (a idade, a funcionalidade familiar, a adesão terapêutica a informação, as capacidades comunicacionais, as atitudes e relação com o doente e o profissional de saúde), mais baixa é a satisfação com a informação acerca da medicação. Constatou-se que a primeira variável e única variável a entrar no modelo de regressão é a informação por se apresentar com o maior coeficiente de correlação em valor absoluto, deduzindo-se que quanto maior é a informação, mais saudável é a satisfação com a informação acerca da medicação.

Conclusão: Este estudo revelou que ainda há doentes que não se sentem satisfeitos face às informações que lhes são dadas sobre a medicação, por parte dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Cardiopatia isquémica; relação de ajuda; satisfação; informação; medicação.

ABSTRACT

Framework: The ability of health professionals to establish an empathetic relationship with the patients should be guided by an adjustment to his condition. This ratio comprises the transmission of information that can provide the patient with ischemic heart disease foundation for the treatment, particularly with regard to the medication.

Objectives: Sociodemographic variables relate to the satisfaction of patients with ischemic heart disease on the information about the medication; relate to family functioning, adherence to, information, communication skills, attitudes and relationship with the patient and health professional satisfaction with the patient with ischemic heart disease compared to information about the medication, to determine the level of satisfaction with information.

Methods: We opted for a non-experimental, quantitative, descriptive-correlational and explanatory. To assess the study variables, the data collection instrument contains a questionnaire consisting of questions related to sociodemographic, clinical and social-familial, and contains two scales (SIMS and Global Scale for Measuring Adherence to Treatment). The sample consisted of 140 patients with ischemic heart disease, mostly male, a second type of non probability sampling accidental. Participants were chosen according to their presence in the Outpatient Cardiology Hospital Center Tondela-Viseu.

Results: The marital status, employment status, education and income were sociodemographic variables to interfere with the satisfaction with information about the medication. It was concluded that the greater rates in the independent variables (age, family functioning, adherence to information, communication skills, attitudes and relationship with the patient and health professional), the lower the satisfaction with information about the medication. It was found that the first variable and only variable entering the regression model is the information on to perform with the highest correlation coefficient in absolute value, deducing that the greater the information, the healthier is the satisfaction with information on the medication.

Conclusion: This study revealed that there are still patients who do not feel satisfied with the information they are given on the medication by health professionals.

Keywords: Ischaemic heart disease; helping relationship; satisfaction; information; medication.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1. CARDIOPATIA ISQUÉMICA	19
2.2. SATISFAÇÃO DO DOENTE FACE À INFORMAÇÃO	22
2.3. RELAÇÃO DE AJUDA NA DÍADE PROFISSIONAL DE SAÚDE/UTENTE.....	26
3. METODOLOGIA	29
3.1. EQUADRAMENTO DO TEMA.....	29
3.2. PARTICIPANTES.....	33
3.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	37
3.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	40
3.4. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	40
4. RESULTADOS	42
4.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	43
4.2. ANÁLISE INFERENCIAL	49
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
5.2. DISCUSSÃO METODOLÓGICA	54
5.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
CONCLUSÃO	65
BIBLIOGRAFIA	69
APÊNDICE	73

Apêndice I – Instrumento de recolha de dados

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Representação esquemática da relação previsível entre as variáveis	32
Figura 2 - Síntese das relações entre a Satisfação com a Informação Acerca da Medicação e as variáveis independentes.....	54

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estatística da idade segundo o sexo	34
Quadro 2 - Estatística da Funcionalidade Familiar segundo o Sexo	36
Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo os dados sociodemográficos e funcionalidade familiar	37
Quadro 4 – Funcionalidade Familiar e pontuação correspondente	38
Quadro 5 - Descritiva da variável processo clínico segundo o sexo	44
Quadro 6 - Estatística do SIMS Global	45
Quadro7 – Descritiva do SIMS segundo o sexo	47
Quadro 8 – Estatística do MAT Global segundo o sexo	48
Quadro 9 – Estatística da Relação Doente Profissional	48
Quadro 10 - Teste U de Mann-Whitney entre o sexo e a satisfação com a informação acerca da medicação	49
Quadro11 - Teste One-Way ANOVA entre o estado civil e a satisfação com a informação acerca da medicação.....	50
Quadro 12 - Teste U de Mann-Whitney entre o sexo e a satisfação com a informação acerca da medicação	50
Quadro13 - Teste One-Way ANOVA entre a escolaridade e a satisfação com a informação acerca da medicação.....	51
Quadro14 - Teste de Kruskal-Wallis entre a residência e a satisfação com a informação acerca da medicação.....	51
Quadro 15 - Teste One-Way ANOVA entre o rendimento e a satisfação com a informação acerca da medicação.....	52
Quadro 16 - Teste de Kruskal-Wallis entre a situação financeira e a satisfação com a informação acerca da medicação	52
Quadro 17 – Correlação de Pearson entre a satisfação com a informação acerca da medicação e variáveis independentes	53
Quadro 18 – Regressão múltipla entre a satisfação com a informação acerca da medicação e as variáveis independentes.....	54

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte, bem como uma das principais causas de hospitalização e incapacidade física, em ambos os sexos, nos países desenvolvidos. São um problema de saúde pública que urge minorar. O seu impacto justificou a implementação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares pelo Alto Comissariado da Saúde (Silva, 2005).

É certo que as taxas de mortalidade devido a doenças cardiovasculares têm diminuído em muitos países mas, paradoxalmente, a quantidade de indivíduos a viver diariamente com estas doenças aumenta. Para isso contribui não só o aumento da sobrevivência à doença (eficácia dos tratamentos e de outras atitudes de prevenção) mas também a evolução demográfica da população (aumento da longevidade). Por isso, as previsões para o futuro próximo apontam no sentido da prevalência destas doenças ser muito elevada, sobretudo se as populações não adotarem estilos de vida mais saudáveis (Rocha, 2010).

Um outro aspeto a ser ponderado é o da adesão dos doentes com cardiopatia isquémica à terapêutica medicamentosa. O termo adesão sugere que a pessoa assume o tratamento ou indicações sugeridas pelo profissional de saúde como os mais adequados e, racionalmente, opta por acatar essas mesmas recomendações. “Refere-se à situação na qual o comportamento do paciente corresponde às recomendações médicas, sendo avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas, obediência às prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida” (Maldaner, 2008).

Surge como uma alternativa em que o doente tem liberdade de escolha e assume totalmente a responsabilidade do seu tratamento. Neste processo de tomada de decisão são incorporados os conceitos de concordância, cooperação e parceria entre o utente e o prestador de cuidados de saúde (Machado, 2009).

Neste âmbito, a relação doente/profissional de saúde tem sido considerada por alguns autores como preditiva da adesão. Machado (2009) considera que essa relação constitui a “espinha dorsal” de todo o tratamento médico. Segundo Maldaner (2008), o profissional de saúde deve colocar como princípio orientador o foco da sua atenção na pessoa e não na doença, transformando a relação de cuidado, na medida em que o doente se torna um sujeito ativo que participa e se responsabiliza pelo seu tratamento. A cooperação do doente depende, muitas vezes, da sua avaliação acerca dos cuidados recebidos e da informação que lhe é transmitida. A forma como o profissional de saúde

transmite a informação pode influenciar o comportamento de adesão ou de não adesão do doente à terapêutica medicamentosa.

Tendo-se como ponto de partida Fortin (2009), que situa a investigação em enfermagem na área do conhecimento de fenómenos reais e visa aumentar o campo dos conhecimentos na disciplina de forma a contribuir para a saúde das populações, através da melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem integrados no sistema de saúde, a presente investigação pretende relacionar as variáveis sociodemográficas com a satisfação do doente com cardiopatia isquémica sobre a informação acerca da medicação, bem como relacionar a funcionalidade familiar, a adesão terapêutica, a informação, as capacidades comunicacionais, as atitudes e relação com o doente e o profissional de saúde com a satisfação do doente com cardiopatia isquémica face à informação acerca da medicação. Objetiva também determinar o nível de satisfação com a informação. Procura-se, assim, cooperar de forma ativa na construção do saber e desenvolver, no âmbito do percurso de especialização, uma atividade de investigação que permita analisar esta situação concreta.

Foi este enquadramento que deu suporte ao estudo da *Satisfação do Doente com Cardiopatia Isquémica face à Informação acerca da Medicação*.

Para orientar esta investigação ganham sentido as seguintes questões:

- Em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam a satisfação do doente com cardiopatia isquémica sobre a informação acerca da medicação?

- Qual o nível de satisfação do doente com a informação acerca da medicação?

Com a finalidade de se dar resposta às questões formuladas e atingir os objetivos traçados, foi realizado um estudo não experimental, de natureza quantitativa, do tipo descritivo-correlacional e explicativo.

A recolha da informação foi efetuada através da aplicação de um questionário, com questões sociodemográficas, sociofamiliares e clínicas, contendo ainda duas escalas (SIMS Global e Escala de Medida de Adesão ao Tratamento). A amostra é constituída por 140 doentes com doença coronária isquémica, maioritariamente do sexo masculino, segundo um tipo de amostragem não probabilística acidental, dado que os participantes foram escolhidos em conformidade com a sua presença na Consulta Externa de Cardiologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

O presente documento encontra-se organizado em duas partes distintas, mas complementares, estruturadas de acordo com aspetos considerados fulcrais para a compreensão do fenómeno em estudo.

Assim, na primeira parte, reservada à revisão da literatura, aborda-se cardiopatia isquémica, satisfação do doente face à informação e relação de ajuda na díade profissional de saúde/utente. Na segunda parte, dedicada ao estudo empírico, são abordados os métodos seguidos na condução da investigação, onde é mencionada a conceptualização da problemática em estudo, caracterizados os participantes, os procedimentos e o respetivo instrumento para a colheita de dados. Os resultados e a discussão dos mesmos e as limitações encontradas. O trabalho finaliza com a apresentação das mais relevantes conclusões.

2. REVISÃO DA LITERATURA

De seguida iremos apresentar a fundamentação teórica acerca da temática em causa.

2.1. CARDIOPATIA ISQUÉMICA

A definição da cardiopatia isquémica, enquanto entidade clínica de etiologia trombogénica, foi determinada em 1912 por James Herrick. Na origem desta proposta evidenciam-se os trabalhos de William Heberden (1772) que definiu o Quadroclínico da angina *pectoris* e, cerca de um século mais tarde, as observações de Edward Jenner, que evidenciou trombos intracoronários em doentes que faleceram com esta sintomatologia. Fundamentando-se nos anteriores resultados, Jenner e Caleb Parry referiram que a principal etiologia da ‘doença anginosa’ eram as alterações das artérias coronárias, sendo a morte súbita de doentes atribuída por Marshall Hall (1842) à interrupção da circulação coronária. A existência de uma causa comum para a angina e para o enfarte do miocárdio, de que derivaria a diminuição ou privação do fornecimento de oxigénio em termos de necessidades de oxigenação do miocárdio, a etiologia aterosclerótica das lesões intracoronárias e a importância da fissura das placas de ateroma na formação súbita de trombos intracoronários, foram etapas continuamente ultrapassadas durante o século XX (Rocha, 2008).

O termo síndrome coronária aguda (SCA) é caracterizado por um desequilíbrio entre a oferta e a procura de oxigénio pelo miocárdio e abarca duas formas de apresentação da lesão isquémica deste tecido (Macedo & Rosa, 2010). Assim, de acordo com o mesmo autor, a primeira diz respeito à síndrome sem elevação do segmento ST que compreende a angina instável e o enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST. Estes pertencem à mesma categoria, pois a patofisiologia e a apresentação são consideradas análogas, mas de diferente gravidade. Distinguem-se sobretudo na gravidade da isquemia e na sua capacidade de causar lesão com libertação de quantidades destetáveis de marcadores de necrose miocárdica (American College of Cardiology, 2007, cit. in Macedo & Rosa, 2010).

A outra forma de apresentação é o enfarte agudo do miocárdio (EAM) com elevação do segmento ST. Este é o resultado de uma interrupção prolongada do fluxo sanguíneo numa parte do músculo cardíaco, originando a carência de oxigénio e a morte celular. Este varia com a quantidade de músculo cardíaco e a parte do coração que foi afetada. Se o

fornecimento de sangue ao músculo cardíaco for restabelecido dentro de 20 minutos não ocorrerão danos permanentes. Se a falta de oxigénio for mais demorada, haverá morte celular. Todavia, 30 a 60 segundos depois do bloqueio de um vaso coronário são óbvias as alterações funcionais. As propriedades elétricas do músculo cardíaco são alteradas e a sua capacidade para funcionar corretamente perde-se (Seeley, Stephens & Tate, 2003).

De acordo Urden, Kathleen e Lough (2008), a lesão isquémica evolui durante várias horas, até uma completa necrose e enfarte. Uma isquemia longa, que dure mais de 35 a 45 minutos, resulta em lesões celulares irreversíveis e na necrose do músculo cardíaco. A função contráctil da área com necrose para sempre. A área necrosada ou de enfarte encontra-se cercada por uma zona de isquemia, formada por tecidos que podem ser potencialmente viáveis. O prognóstico incide sobre o grau de lesão funcional do coração.

O diagnóstico clínico da de uma síndrome coronária aguda alicerça-se nos sintomas e nos dados do eletrocardiograma e dos biomarcadores cardíacos. A dor torácica originada apresenta determinadas características: quase nunca tem causa desencadeante; dura, quase sempre, mais de trinta minutos, pode prolongar-se por horas e é muito intensa. Contudo, por vezes, a dor torácica (irradiada tipicamente para o ombro e braço esquerdo ou ambos os braços) é atípica, pouco intensa e, raramente, pode estar ausente. Há casos em que podem ocorrer outros sintomas: náuseas e vômitos, dispneia e diaforese (Urden et al., 2008).

Uma dor típica é aquela que é descrita como uma sensação de peso retroesternal, que se agrava com o esforço e alivia com o repouso. Quando há a confirmação do diagnóstico, o doente é submetido a um tratamento urgente que depende da forma de apresentação da síndrome coronária aguda, mas que abarca frequentemente o estudo da anatomia coronária, através da coronariografia e revascularização (Macedo, 2010).

Depois da ocorrência aguda, o doente coronário tem de iniciar a terapia médica com fármacos que comprovadamente diminuem a mortalidade (antiagregantes plaquetários, β -bloqueadores, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, estatinas) e controlar os fatores de risco modificáveis (Macedo, 2010).

Os principais fatores de risco, associados à doença coronária, podem ser de origem biológica (colesterol e triglicédeos sanguíneos elevados), química (nicotina), psicológica (stresse), sociocultural (sedentarismo). Podem ser exógenas, isto é, de origem exterior (sal, tabaco, sobrealimentação...) e/ou endógenas, isto é, próprias do individuo (idade, sexo, hereditariedade...). Numerosos estudos realizados em populações inteiras permitiram identificar um certo número de fatores de risco e classificá-los de acordo com o seu grau de participação nas doenças cardiovasculares, conforme referem Mackay e George (2004):

- Fatores de risco maiores: hipertensão arterial; excesso de colesterol, de triglicérides; tabaco; diabetes, síndrome X;

- Fatores de risco menores: excesso de peso (peso adicional superior a 10%), sedentarismo e stresse.

O conhecimento destes fatores permite uma prevenção mediante medidas higiênico-dietéticas ou tratamento terapêutico.

Por sua vez, Seeley, Stephens e Tate (2005) referem-se aos fatores de risco como irreversíveis (idade, sexo e história familiar/hereditariedade) e reversíveis (Hipertensão Arterial), tabagismo, dislipidemia, stresse, diabetes *mellitus* sedentarismo e obesidade).

O tratamento da insuficiência cardíaca abrange um grande conjunto de opções comportamentais e farmacológicas que potenciam ou agravam queixas depressivas. A adoção das medidas propostas pode conferir ao doente uma sensação de aumento de controlo sobre a evolução da doença, contudo, o mesmo poderá sentir que o seu estilo de vida foi alterado e que alguns dos seus hábitos e interesses terão que ser modificados (Cardoso et al. 2008).

Na terapêutica da insuficiência cardíaca é indispensável o cumprimento de um plano terapêutico, com medidas farmacológicas e alterações no estilo de vida (Cardoso et al., 2008). Os mesmos autores referem que a adesão à medicação e às sugestões de dieta, exercício e modificação de hábitos influenciam a evolução da doença. A falta de adesão afeta o prognóstico aumentando o risco de mortalidade e morbilidade.

O alto risco de morbimortalidade subsequente à manifestação da cardiopatia isquémica torna indispensável a instituição de regimes preventivos efetivos. Assim, as medidas de prevenção secundária devem incluir o controlo dos fatores de risco da doença coronária. Apesar das evidências do benefício clínico das intervenções farmacológicas, são observadas variações importantes na abordagem terapêutica prescrita na doença aterosclerótica. Alguns fármacos que se encontram formalmente indicados para o tratamento da cardiopatia isquémica parecem ser subutilizados. Além disso, noutras circunstâncias, quando estes fármacos são prescritos, as doses utilizadas são menores do que as testadas e comprovadas em ensaios clínicos. Logo, parece clara a existência de uma lacuna entre o tratamento baseado nas melhores evidências científicas, com eficácia comprovada em ensaios clínicos, e a prática clínica usual. Estudos recentes conduzidos apontaram a existência de diferenças no manejo da cardiopatia isquémica entre médicos cardiologistas e generalistas, com impacto, inclusive, na morbimortalidade desses doentes (Umpierre & Stein, 2007).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em todo o mundo (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2011), estimando-se que tenham morrido 17,1

milhões de pessoas devido estas doenças em 2004, representando 29% do total de mortes a nível global. Destas mortes, calcula-se que 7,2 milhões tenham sido devidas à doença cardíaca coronária. As previsões para 2030 são inquietantes uma vez que predizem um número de mortes por doenças cardiovasculares de 23,6 milhões de pessoas, principalmente por cardiopatias e AVC, mantendo-se como a principal causa de morte no mundo (OMS, 2011).

Em Portugal, estas patologias mantêm-se no topo da lista de causas de maior mortalidade, sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por cerca de 40% dos óbitos (Portal da Saúde, 2009).

2.2. SATISFAÇÃO DO DOENTE FACE À INFORMAÇÃO

O conceito de satisfação surge como uma atitude do sujeito face a um objeto. Quer isto dizer que é o próprio sujeito que atribui o sentido da satisfação em função da realização das necessidades percebidas, das expectativas e dos resultados obtidos. Pressupõe elementos afetivos e cognitivos individuais, uma vez que é um aspeto determinado por cada pessoa (Ribeiro, 2005).

Sepúlveda (2001, pp. 36-37) refere que “de uma forma genérica satisfação será o contentamento, o prazer que resulta da realização do que se espera e do que se deseja”. Para a mesma autora, a satisfação tanto poderá ser uma atitude como uma reação. Será uma atitude quando o utente for um consumidor de cuidados e uma reação quando existir uma relação com um prestador específico (enfermeiro e família).

Para Abrantes (2004, p. 43), “a satisfação é a constatação que exprime um certo grau de realização”. Está relacionada com o facto de as necessidades ou os desejos se encontrarem satisfeitos. O mesmo autor afirma que o aspeto da satisfação será a concretização de um desejo, anseio ou expectativa, manifestada na resolução de um problema concreto relacionado com a prestação de cuidados de saúde. Esta manifestação dos doentes é importante, se funcionar como *feedback* para os prestadores compreenderem onde poderão ser empreendedores, na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, podendo ir ao encontro das necessidades sentidas pelo ser cuidado.

Nos últimos anos, o estudo da satisfação dos doentes tem sido uma das prioridades do ramo da investigação em várias áreas académicas, onde a saúde não é exceção. É reconhecido que as perspetivas dos doentes são largamente vistas como determinantes na avaliação da qualidade dos cuidados prestados (Vaz, 2008).

Da mesma forma, McIntyre (2002) refere que a opinião dos doentes é fundamental para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde, identificar problemas a corrigir ou novas

expectativas em relação aos cuidados. Satisfação é uma variável causal que faz com que as pessoas procurem o atendimento profissional e um resultado baseado em experiências anteriores. Este significado alvitra dois aspetos a ter em consideração na avaliação da satisfação que, de acordo com o autor citado, tem a ver, por um lado, com a satisfação com o sistema de saúde, em geral, o que motivará a procura de uma unidade (garantia de utilização); por outro lado, com o processo de atendimento ou só com o resultado (garantia de retorno) que leva à continuidade do tratamento, podendo mesmo interferir na eficácia da terapêutica pela maior ou menor adesão à mesma.

Quanto à relação entre o grau de satisfação e as características pessoais do doente perdura uma grande divergência de opiniões. No estudo realizado por Weiss (1988, cit. por Vaz, 2008) são listados quatro grupos principais de determinantes da satisfação dos doentes: as suas características, incluindo as sociodemográficas, o estado de saúde e as expectativas relativamente ao tratamento; as características dos profissionais de saúde, incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a “arte do cuidado” prestado; os aspetos da relação profissional de saúde/doente, tais como: o estilo de comunicação, o resultado do encontro e, por último, os fatores estruturais e ambientais, entre outros (Vaz, 2008). Os indicadores mais valorizados na avaliação da satisfação são a informação dada ao doente, a segurança e as medidas preventivas, a humanidade, a disponibilidade e o respeito dos profissionais de saúde, a continuidade dos tratamentos, a acessibilidade e forma de financiamento dos cuidados. A estes indicadores, o autor citado acrescenta e enfatiza a eficácia da informação acerca do tratamento e da adesão ao mesmo.

Na grande maioria dos modelos propostos na literatura, a satisfação dos doentes é conceptualizada no âmbito de uma modelização de um determinado valor perspectivado ou como o resultado da comparação entre as expectativas e o desempenho ou resultado apercebido.

Por sua vez, definir universalmente a palavra informação é difícil e, de certo modo, ambíguo, no entanto, etimologicamente, deriva do latim *informatio*, que traduz a ideia de ensinar e instruir (Dicionário de Língua Portuguesa, 2008).

O processo de informar é uma resposta à satisfação das necessidades humanas básicas, com intuito de estimular cada pessoa a realizar-se, “com a autonomia possível e a assumir a sua dignidade libertadora” (Frei Bernardo, 1996, p. 170). Sendo assim, informar está inerente a comunicar. A informação é “uma realidade sempre presente, no nosso contexto social e é considerada um direito, mas configura-se como dever para determinados grupos sociais” (Nunes, 2001, p. 27).

No que diz respeito ao *background* do corpo de informações que os profissionais de saúde detêm, considera-se que a complexidade da informação constitui um corpo de

conhecimentos abrangentes. A informação relevante para o doente divide-se em: informação técnica e informação técnica (Fontes & Videira, 2003). As autoras supracitadas acrescentam que os enfermeiros são um grupo privilegiado na transmissão da informação.

Perante uma doença, a pessoa tem que aprender determinadas competências, como monitorizar parâmetros fisiológicos, entre outros, que lhe permitam lidar no dia-a-dia com os sintomas e limitações que esta possa causar. Apesar deste esforço, muitas pessoas reagem à doença conseguindo integrá-la na sua vida de forma razoável, ajustando-se aos seus novos hábitos de saúde. Para que tal aconteça, é indispensável que possuam um conhecimento correto acerca do binómio saúde/doença, assim como a possibilidade de resolver os problemas quando estão a tentar implementar um comportamento saudável (OMS, 2002; Sarafino, 2002). Na prevenção e educação para a saúde, a OMS (2002) contempla o aumento dos conhecimentos e informação sobre a saúde, como uma das cinco áreas de intervenção. O fornecimento de informação é um aspeto considerado básico para que o doente tome decisões conscientes sobre a sua saúde e sobre a terapêutica, permitindo que este enfrente as dificuldades e as incertezas, e mantenha a sua máxima autonomia face aos profissionais de saúde (Paúl & Fonseca, 2005).

A informação é um fator chave para que os doentes possam participar ativamente nas decisões acerca da saúde e doença (OMS, 2002). Para tal, estes necessitam de trocar informações com os profissionais de saúde, sobre as quais farão a respetiva integração, compreensão e avaliação. Isto porque muitas pessoas deixam os serviços de saúde sem saber como seguir o tratamento que lhe foi aconselhado (Sarafino, 2002).

As investigações efetuadas sobre a necessidade de informação demonstram grande variabilidade e as características dos doentes parecem assumir alguma relevância. Alguns trabalhos parecem indicar que a idade está associada ao desejo de mais informação e de participação nas decisões médicas: as pessoas jovens parecem preferir mais informação do que as mais velhas (Sarafino, 2002).

Enquanto se assiste a uma progressiva evolução tecnológica e científica e, apesar de a comunicação ter assumido uma maior importância nesta última metade do século XXI, verifica-se que as redes e os sistemas de comunicação apresentam grandes deficiências na área da prestação de cuidados de saúde. São várias as justificações plausíveis para este facto, sendo de referir os graus de especialização e a complexificação das organizações hospitalares que constituem um entrave à comunicação entre as diversas personagens existentes neste contexto. Outra justificação é o facto dos profissionais de saúde referirem dificuldades em saber quais as verdadeiras necessidades de informação dos doentes, a escassez de tempo disponível devido à sobrecarga de trabalho que impossibilita o profissional de refletir e praticar as técnicas de comunicação e a carência de qualificações

associada à falta de experiência, o que proporciona uma inadequada prestação no processo de comunicação eficiente (Dias, 2005).

A informação é um direito que está consagrado pela Carta dos Deveres e Direitos dos doentes publicada pela Direção Geral da Saúde, onde no ponto 6 se pode ler que “O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde. Esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente”.

“Informar não é um processo de tudo ou nada, de dar informação numa única comunicação e apenas para cumprir um requisito de carácter legal” (Dias, 2005, p. 59). O processo informativo tem um carácter sistemático e processual logo, é importante que o enfermeiro controle o nível de informação que o doente possui e que verifique nos diversos momentos se este necessita ou não de mais informação.

Neste âmbito, acrescenta-se que na 64^a Sessão da Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde centrada na Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis, da qual Portugal foi um dos signatários, foi enfatizado que as condições em que as populações vivem e os estilos de vida influenciam significativamente na saúde e, por consequência, na qualidade de vida, estando as doenças não transmissíveis relacionadas com fatores de risco, tais como: hábitos tabágicos e alcoólicos, sedentarismo, obesidade, entre outros fatores ambientais. Como tal, tem de se estar bem consciente de que estes fatores de risco têm implicações económicas, sociais, comportamentais e ambientais, resultando na emergência de uma adequada solução multisectorial na prevenção destas patologias.

Importa também referir, neste âmbito, que a adesão ao tratamento, para qualquer doença crónica, é um fenómeno multidimensional. Trata-se de um processo comportamental complexo que sofre influências de fatores próprios do doente, desencadeados pela assistência médica e acrescido do nível socioeconómico (WHO, 2003). Este organismo defende que a adesão melhora consideravelmente quando existe acesso à informação, apoio e monitorização constante ao doente. Implica uma redução dos efeitos negativos provocados pela doença com melhoria da qualidade de vida e diminuição da carga das condições crónicas (WHO, 2003). Apesar dos recentes progressos na ciência e tecnologia, na área da saúde, os indivíduos continuam a adotar comportamentos que muito acabam por prejudicar a sua saúde a curto, médio e longo prazo.

Estima-se que 30 a 50% dos doentes independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico. Um elevado número de estudos apontam para uma taxa de adesão na ordem dos 50%, em pessoas com doenças crónicas nos países desenvolvidos (WHO, 2003).

O abandono da medicação é altamente prevalente e comum em doentes com patologia cardíaca e está associado a desfechos clínicos adversos (Ho, 2009). Em doentes com patologia coronária isquémica, a não adesão a fármacos como beta-bloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e estatinas, aumenta o risco de mortalidade após EAM e reinternamentos (Ho, 2009).

2.3. RELAÇÃO DE AJUDA NA DÍADE PROFISSIONAL DE SAÚDE/UTENTE

A relação de ajuda consiste em promover uma mudança no comportamento do doente, isto é, uma mudança construtiva que o leva a entender, aceitar e colaborar na sua saúde, tendo como base um clima de confiança (Riley, 2004). Deste modo, o papel do enfermeiro é oferecer ao doente, sem lhe impor os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os seus recursos pessoais, que ele utilizaria, à sua maneira, no processo de resolução do problema (Phaneuf, 2005).

Por conseguinte, o enfermeiro nunca deve resolver os problemas do doente, mas sim orientá-lo e ajudá-lo na sua resolução, conforme as suas possibilidades. O enfermeiro deve ter vontade de ajudar, ser capaz de criar um clima sustentador de confiança, de uma comunicação acessível e, para tal, o enfermeiro deve adquirir atitudes e habilidades na arte da comunicação, para se estabelecer uma relação de ajuda com sucesso, envolvendo o doente nos seus próprios cuidados de enfermagem (Brito, 2008).

O comportamento verbal e não-verbal tem uma grande influência na relação de ajuda. A aceitação, por parte do utente, do profissional de saúde depende, frequentemente, da imagem humana e profissional que lhe transmite. O aspeto profissional, o comportamento e a maneira de proceder, são relevantes para demonstrar credibilidade e competência. Estes aspetos transmitem um profissional pronto a ajudar, com competência clínica, demonstrando, simultaneamente, que a sua preocupação é o utente. Não há nada mais negativo para a sua imagem que um aspeto ou um comportamento impróprios no cumprimento das suas funções (Potter & Perry, 2006).

Para além da capacidade de comunicação, os enfermeiros têm de possuir outras habilidades essenciais à relação de ajuda, que se passam a descrever.

A escuta ativa é ouvir com atenção, como todo o seu ser – de corpo e alma, de forma holística. Designa estar atento às ideias fundamentais e de apoio; constatar e responder; reagir em conformidade; e prestar atenção a toda a comunicação da outra pessoa, abarcando o conteúdo, a intenção e os sentimentos expressos, são fatores que têm de estar presentes no quotidiano dos profissionais de saúde (Potter & Perry, 2006).

As mesmas autoras referem que escutar com atenção possibilita apreender melhor a mensagem que está a ser transmitida, além de que é um meio excelente para se criar confiança. Em muitas situações, a pessoa apenas deseja ser ouvida. Para escutar atentamente, o enfermeiro deve estar de frente para o utente, eliminar as barreiras físicas, manter o contacto visual, adotar uma atitude descontraída, inclinando-se ligeiramente para a frente, bem como pode acenar com a cabeça em sinal de assentimento, de modo a dar *feedback* e incentivo, à medida que o utente fala.

Fornecer informações: dar informações, sejam elas de natureza factual ou profissional, ajuda a outra pessoa a tomar decisões. Ajuda para minimizar a ansiedade e ir ao encontro das necessidades do utente, em termos de segurança. Ao dar sugestões, o profissional de saúde deve destacar que o utente tem o direito de decidir sobre que escolhas fazer, por forma a manter a sua autonomia. Deve falar em linguagem simples e explicar os termos técnicos (Riley, 2004; Potter & Perry, 2006).

Parafrasear a comunicação: cifra-se na reformulação do que foi dito, por palavras do recetor, para que se possa certificar que a informação foi corretamente recebida (Riley, 2004; Potter & Perry, 2006).

Clarificar a informação: com a clarificação deseja confirmar-se se a mensagem foi decifrada corretamente. Assim, o enfermeiro deve reformular uma mensagem ambígua, ou pouco clara, bem como solicitar à outra pessoa que o faça, a fim de explicar melhor ou dar exemplo daquilo que desejava transmitir (Potter & Perry, 2006).

Centrar a comunicação: é também um fator importante, na medida em que norteia o diálogo para determinado tema ou questão, quando esta é confusa e confina o âmbito da resposta do emissor. Potter e Perry (2006) referem que deve ter lugar quando o emissor devaneia ou introduz no diálogo diversos temas sem qualquer relação entre si.

A esperança é fundamental para o restabelecimento da situação e transmite uma sensação de possibilidade (Benner, 2001). O encorajamento e o *feedback* positivos são indispensáveis para que haja esperança e autoconfiança, bem como para ajudar a alcançar ao máximo os objetivos. O profissional de saúde pode fomentar a esperança e o encorajamento, glosando os aspetos positivos do comportamento, do desempenho ou da resposta da outra pessoa. A esperança também é reforçada se este profissional partilhar uma visão do futuro e sublinhar os recursos e as potencialidades de que dispõe. Realça-se o facto de que as pessoas são distintas e que algumas fazem progressos excecionais (Hesbeen, 2004).

A comunicação assertiva assenta na filosofia de proteção dos direitos e obrigações do indivíduo quer seja emissor, quer seja recetor. Passa pela capacidade de ter uma atuação autónoma na obtenção dos objetivos e na defesa de terceiros. As respostas

assertivas estimulam a autoestima e protegem os direitos pessoais e profissionais. A assertividade e a autonomia caracterizam-se por sentimentos de segurança, competência, poder e profissionalismo. As afirmações assertivas transmitem a mensagem, sem recurso a sarcasmo, lamúrias, ira, culpabilização ou manipulação (Potter & Perry, 2006). As mensagens assertivas simples, geralmente, são apresentadas em três partes, referenciando o enfermeiro, o comportamento do utente e o seu efeito.

Um outro fator inerente à relação de ajuda é a empatia, que consiste na capacidade de apreender e aceitar realidade de outra pessoa, de identificação emocional, bem como é uma forma de o profissional de saúde comunicar essa compreensão ao utente (PHANEUF, 2005). A mesma autora salienta que a empatia requer sensibilidade e imaginação, particularmente quando não se viveram experiências análogas. Esta é um importante objetivo a atingir, porque é a base para se revelar preocupação e transmitir apoio emocional ao utente.

Alligood e May (2000, cit. in Potter & Perry, 2006) certificam que a empatia, sendo uma estrutura de perceções, faculta uma consciência do eu e do outro, amplificando a sensibilidade, bem como permite fomentar o respeito e objetivos recíprocos e a consciência social. Potencia também o desenvolvimento do conhecimento dos indivíduos num contexto histórico e social. As expressões de empatia refletem compreensão por aquilo que foi transmitido e demonstram à pessoa os sentimentos e que o teor factual da comunicação foi ouvido. As expressões de empatia têm de ser neutras e destituídas de qualquer crítica. Além disso, podem ser usadas para erigir a confiança em situações excessivamente difíceis.

O enfermeiro deve estabelecer diálogo, atenção e acompanhamento ao doente, centrando os seus cuidados não só na pessoa, mas também na família. Deve considerar-se que a pessoa e a sua família constituem a unidade a cuidar, sendo a pessoa o elemento fundamental e a família o seu apoio. Assim, o cuidar encontra o seu verdadeiro significado pela encruzilhada da interação enfermeiro/utente, num processo de constante desenvolvimento e mudança, exige um conhecimento científico que deve aplicar-se segundo um modelo em que se considera o Homem inteiro e a sua natureza humana (Riley, 2004).

Tornar a pessoa autónoma não significa pressioná-la ou obrigá-la a fazer gestos que ela recusa, tais como, autocuidar-se, se ela não tem a força nem o desejo em fazê-lo. É necessário ter em conta que o respeito pela vontade da pessoa e pelas suas capacidades deve ser primordial e, de acordo com Henderson (1978, cit. in Phaneuf, 2005), ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades visa motivá-la para a autonomia.

Partilha-se da opinião de Hesbeen (2004, p. 84), quando afirma que “preparar os nossos pacientes para a escolha, ajudá-los nas suas opções, faz parte do trabalho daqueles que cuidam. Respeitaremos suas decisões feitas livremente (...)”, de forma a satisfazer as

necessidades da pessoa. Na realidade, o sujeito alvo de cuidados não é só um corpo, mas uma pessoa com todas as vertentes de âmbito psicossocial.

3. METODOLOGIA

A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população. É também na fase metodológica que se formulam as hipóteses, que se indica o processo de seleção da amostra, o instrumento de colheita de dado mais adequado à natureza das variáveis e às características dos elementos da amostra, bem como o processo de colheita de dados e quais os preceitos éticos considerados e as técnicas e medidas estatísticas utilizadas (Fortin, 2009).

Deste modo, neste ponto do trabalho faz-se uma descrição detalhada de todas as operações metodológicas imprescindíveis para o desenvolvimento da investigação.

3.1. EQUADRAMENTO DO TEMA

Nos países ocidentais desenvolvidos, as doenças cardiovasculares constituem uma das maiores “epidemias” do século XXI, ocupando o primeiro lugar entre todas as causas de morte. Das doenças cardiovasculares destaca-se a cardiopatia isquémica que reúne um grupo de síndromes estreitamente ligadas, todas resultantes de isquemia do miocárdio. Esta categoria é responsável por cerca de 80% das mortes por cardiopatia. A sua principal forma consiste no EAM (Ho, 2009).

O alto risco de morbimortalidade subsequente à manifestação da cardiopatia isquémica torna fundamental a instituição de regimes preventivos efetivos como parte do manejo geral dos doentes. A título exemplificativo, cerca de 8% dos sobreviventes de EAM morrem ao longo do primeiro ano de seguimento. A partir do segundo ano após esta ocorrência, a mortalidade varia entre 2 e 4% ao ano. Cabe salientar que a proporção adicional de doentes apresenta como primeira manifestação novo EAM ou morte, sendo assim justificado o uso de medicamentos ou de intervenções não farmacológicas, inclusive para os indivíduos com doença assintomática. Essas medidas de prevenção secundária incluem o controlo dos fatores de risco coronários, exercício físico, uso de medicamentos (Stein et al., 2004).

Neste sentido, o doente deve aderir ao tratamento ou às indicações sugeridas pelo profissional de saúde como os mais adequados e, racionalmente, opta por acatar essas mesmas recomendações (Maldaner, 2008).

Contudo, o doente tem a liberdade de escolha e assume totalmente a responsabilidade do seu tratamento. Neste processo de tomada de decisão são incorporados os conceitos de concordância, cooperação, a informação e a parceria entre o doente e os profissionais de saúde (Machado, 2009).

A satisfação do utente com cardiopatia isquémica face à informação da terapêutica farmacológica tem um cariz muito individual e está relacionada com informações anteriores, com experiências prévias, com o tipo de informação recebida e com a forma como essa informação foi fornecida, entre muitos outros fatores. Esta informação deve ser prestada de forma clara, tendo sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente (Martins, 2008).

A capacidade que o indivíduo tem de perceber a condição da sua doença é determinante para a adesão à terapêutica. Esta percepção está relacionada com a gravidade dos sintomas, o nível de deficiência (física, psicológica, social e profissional), a taxa de progressão e gravidade da doença, bem como a disponibilidade efetiva para a terapêutica, o que depende também das informações que lhe são transmitidas sobre os medicamentos pelos profissionais de saúde, bem como a crença nos medicamentos (Machado, 2009).

Segundo Maldaner (2008), o profissional de saúde deve colocar como princípio orientador o foco da sua atenção na pessoa e não na doença, transformando a relação de cuidado, na medida em que o indivíduo se torna um sujeito ativo que participa e se responsabiliza pelo seu tratamento. A satisfação do doente depende, muitas vezes, da sua avaliação acerca das informações e dos cuidados recebidos. Alguns doentes são incapazes de compreender termos médicos, não percebendo ideias claras e concisas de como seguir o tratamento. Também a altura em que a informação é fornecida, origina muitas vezes dificuldades na sua memorização e recordação posterior, nomeadamente quando a informação é dada aquando do diagnóstico ou na primeira prescrição.

Tendo por base estes pressupostos, é importante estudar-se a satisfação dos doentes com cardiopatia isquémica face à informação transmitida pelos profissionais de saúde em relação à terapêutica, tornando-se essencial considerar todo o seu envolvimento psicossocial, sendo traçados os seguintes objetivos de investigação:

- Relacionar as variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, situação laboral, escolaridade, residência, rendimento mensal e situação financeira) com a satisfação do doente com cardiopatia isquémica face à informação acerca da medicação;

- Relacionar a funcionalidade familiar, a adesão terapêutica, a informação, as capacidades comunicacionais, as atitudes e relação com o doente e o profissional de saúde com a satisfação do doente com cardiopatia isquémica face à informação acerca da medicação;

- Determinar o nível de satisfação com a informação acerca da medicação.

Tipo de Estudo

Nos estudos de investigação realizados em Enfermagem, utiliza-se uma grande variedade de desenhos de investigação. Os quatro tipos mais utilizados são o descritivo, correlacional, quasi-experimental e experimental. Os estudos descritivos e correlacionais estudam as variáveis em ambiente natural e não incluem tratamentos impostos pelo investigador. Os estudos quasi-experimentais e experimentais são desenhados para estudar a causa e o efeito, pois são levados a cabo para estudar as diferenças nas variáveis dependentes supostamente causadas pelas variáveis independentes (Burns & Grove, 2004).

Deste modo, pode classificar-se este estudo em:

- **Quantitativo**, pois a finalidade do estudo é descrever e verificar relações entre variáveis (Fortin, 2009) e a explicação dos fenómenos segue uma lógica do tipo dedutivo (Boswell & Cannon, 2007);

- **Descritivo-correlacional** dado que assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem intervenção do investigador;

- **Transversal** uma vez que é um estudo que analisa os fenómenos que se processam numa data determinada (Boswell & Cannon, 2007) e a causa e o efeito ocorrem simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual ou mesmo algum tempo no passado.

O desenho de investigação constitui um plano ou estratégia de investigação, objetivando obter uma resposta válida às questões de investigação, enviando uma imagem clara da investigação. O mesmo está representado esquematicamente na Figura 1, onde se expõe as variáveis consideradas para o estudo e a sua previsível articulação.

**Amostra
N=140**
(doentes no momento da aplicação do questionário
se encontravam na consulta externa do HST)

Variáveis Sociodemográficas

- Idade
- Sexo
- Estado Civil
- Situação laboral
- Escolaridade
- Residência
- Rendimento mensal
- Situação Financeira

Variáveis comportamentais

- Relação profissional de saúde/doente

Variáveis Sociofamiliares

- Escala de Apgar Familiar

**Escala de Medida de Adesão ao
Tratamento**

Satisfação do doente face à informação (SIMS)

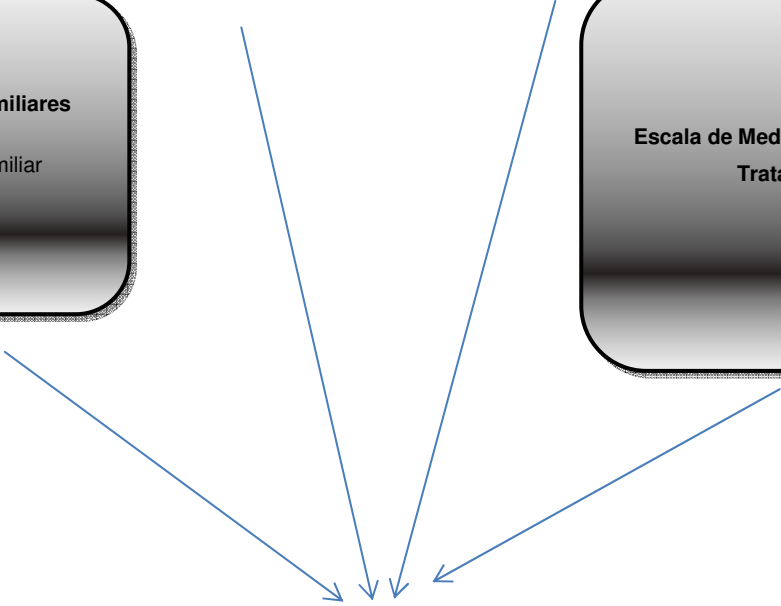


Figura 2- Representação esquemática da relação previsível entre as variáveis

O problema de investigação centra-se na adesão terapêutica e na satisfação do doente com cardiopatia isquémica face à informação transmitida pelos profissionais de saúde em relação à terapêutica farmacológica, de onde decorrem as hipóteses formuladas para a investigação:

H₁ – Existe uma influência estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, situação laboral, escolaridade, residência, rendimento mensal e situação financeira) sobre a satisfação com a informação acerca da medicação.

H_{1.1} – Existe uma influência estatisticamente significativa do sexo sobre a satisfação com a informação acerca da medicação.

H_{1.2} – Existe uma influência estatisticamente significativa do estado civil sobre a satisfação com a informação acerca da medicação.

H_{1.3} – Existe uma influência estatisticamente significativa da situação laboral sobre a satisfação com a informação acerca da medicação.

H_{1.4} – Existe uma influência estatisticamente significativa da escolaridade sobre a satisfação com a informação acerca da medicação.

H_{1.5} – Existe uma influência estatisticamente significativa da residência sobre a satisfação com a informação acerca da medicação.

H_{1.6} – Existe uma influência estatisticamente significativa do rendimento sobre a satisfação com a informação acerca da medicação.

H_{1.7} – Existe uma influência estatisticamente significativa da situação financeira sobre a satisfação com a informação acerca da medicação.

H₂ – A idade, a funcionalidade familiar, a adesão terapêutica, a relação doente profissional influenciam a satisfação com a informação acerca da medicação.

3.2. PARTICIPANTES

O estudo foi desenvolvido na Consulta Externa de Cardiologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

A amostra é constituída por 140 doentes com doença coronária isquémica, maioritariamente do sexo masculino. Quanto aos critérios de inclusão, consideraram-se os seguintes: utentes com doença coronária isquémica diagnosticada e com regime terapêutico instituído e com idade superior a 18 anos. Como critérios de exclusão consideram-se os seguintes: utentes com diagnóstico médico de deficiência mental ou patologia psiquiátrica. A

escolha destes critérios têm a ver com razões metodológicas, ou seja, esta foi uma forma de se excluir a possibilidade de haver interferência de outras patologias mais graves e garantir a colaboração e compreensão dos participantes para procederem ao correto preenchimento do instrumento de colheita de dados.

A amostra foi não probabilística acidental, dado que os participantes foram escolhidos em conformidade com a sua presença num determinado local e momento, isto é, na Consulta Externa de Cardiologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Verificou-se que a idade mínima é 41 anos e a máxima 88 anos, com uma média centrada nos 68,98 anos e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 11,65. Quanto ao coeficiente de dispersão, constatou-se que a idade apresenta uma dispersão moderada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), verificou-se que a distribuição da idade é assimétrica negativa e mesocúrtica (cf. Quadro1).

No que concerne ao sexo masculino, a idade mínima obtida foi de 41 anos e a máxima é de 88 anos, com uma média de 65,23 cm e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 11,33. Quanto ao coeficiente de dispersão, a idade dos sujeitos do sexo masculino apresenta uma dispersão moderada. Na análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que a distribuição da altura é simétrica e mesocúrtica.

Relativamente à idade dos sujeitos do sexo feminino, constata-se que a mínima é de 44 anos e a máxima é de 86 anos, a média centra-se nos 72,23, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 15,46. O coeficiente de dispersão demonstra que a idade dos sujeitos do sexo feminino apresenta uma dispersão moderada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que estamos perante uma distribuição assimétrica negativa e mesocúrtica.

Realizou-se o t-teste com a intenção de compreender se a idade interferia estatisticamente com o sexo, do que se concluiu que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o sexo ($p=0,000$).

Quadro1 – Estatística da idade segundo o sexo

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Masculino	41	88	65,23	11,33	17,37	-1,390	-1,645
Feminino	44	86	72,23	11,17	15,46	-2,651	0,555
Total	41	88	68,98	11,65	16,02	-2,127	-1,801

t=-3,177; p=0,000

Quanto ao **estado civil**, constatou-se que a maioria dos sujeitos da amostra (72,1%) era casada, com predominância do sexo masculino (78,1%).

Relativamente à **situação laboral**, a maioria dos sujeitos da amostra era reformada (70,7%), onde se incluem maioritariamente as mulheres (85,7%), seguindo-se os participantes que estão empregados (22,1%), com predominância para o sexo masculino (26,7%).

Concernente à **escolaridade** verificou-se que com maior percentagem surgiram os sujeitos com escola primária (57,1%), escola preparatória (12,9%) e escola secundária (11,4%). Tendo em conta o sexo verificou-se que destes a grande maioria era do sexo masculino (58,1%; 15,2%; 13,3%).

Alusivo à **residência** observou-se que 55,0% dos sujeitos reside numa aldeia, 20,0% dos sujeitos reside numa vila e 25,0% dos sujeitos residem numa cidade. Referente ao sexo verificou-se que a maioria dos sujeitos que residem numa aldeia, estes é do sexo feminino.

Relativamente ao **rendimento mensal** verificou-se que a maioria dos sujeitos possui um rendimento mensal inferior a 450€ (49,3%), sendo que a maioria dos sujeitos é do sexo feminino, surgindo numa percentagem de 65,7%.

Os dados revelam que 14,3% dos sujeitos possui uma **situação financeira** confortável, 52,1% dos sujeitos possui uma situação com algumas dificuldades, 20,7% dos sujeitos possui o suficiente para as necessidades e 12,9% dos sujeitos possui uma situação muito problemática. Verificou-se ainda que dos sujeitos que possuem uma situação financeira confortável e os que possuem uma situação com algumas dificuldades a maioria é do sexo masculino e a maioria dos sujeitos que possuem uma situação financeira com o suficiente para as necessidades e os que apresentam uma situação muito problemática é do sexo feminino.

Relativamente a **com quem vive**, observou-se que a maioria dos sujeitos vive com conjugue/companheiro(a) numa percentagem de 52,1%, sendo que a maioria é do sexo masculino (54,3%).

Relativamente à **Funcionalidade Familiar** pode-se observar um mínimo de 0,00 e um máximo de 10,00, com uma média de 7,10 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 2,82. Referente ao coeficiente de dispersão, a Funcionalidade Familiar apresenta uma dispersão elevada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da Funcionalidade Familiar é assimétrica negativa e mesocúrtica.

No que se refere ao sexo feminino, observou-se uma Funcionalidade Familiar mínima de 0,00 e uma máxima de 10,00, com uma média de 6,89 e um desvio padrão a

oscilar em torno da média de 2,89. Analisando o coeficiente de dispersão, a Funcionalidade Familiar do sexo masculino apresenta uma dispersão elevada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição é assimétrica negativa e mesocúrtica.

Alusivo à Funcionalidade Familiar dos sujeitos do sexo feminino observou-se um mínimo de 0,00 e um máximo de 10,00, com uma média de 8,17 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 2,26. Tendo em conta o coeficiente de dispersão, da Funcionalidade Familiar do sexo feminino apresenta uma distribuição elevada. Referente à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição é assimétrica negativa e leptocúrtica.

Recorreu-se ao t-teste, para perceber se a Funcionalidade Familiar interferia estatisticamente com o sexo. Concluiu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Funcionalidade Familiar e o sexo ($p=0,117$) (cf. Quadro2).

Quadro2 - Estatística da Funcionalidade Familiar segundo o Sexo

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Masculino	0,00	10,00	6,89	2,92	42,38	-3,801	0,601
Feminino	0,00	10,00	8,17	2,26	27,66	-4,133	4,553
Total	0,00	10,00	7,19	2,82	39,22	-5,107	1,609

t=-2,413; p=0,017

Referente à **Funcionalidade Familiar**, verificou-se que 8,6% dos sujeitos possuem uma família de disfunção acentuada, 32,9% dos sujeitos possui uma família moderadamente funcional e 58,6% dos sujeitos possuem uma família altamente funcional. Tendo em conta o sexo verificou-se os sujeitos com famílias com disfunção acentuada e com famílias moderadamente funcionais eram maioritariamente do sexo masculino (10,3%; 38,2%) e os sujeitos com famílias altamente funcionais eram na maioria do sexo feminino (74,3%) (cf. Quadro 3).

Quadro3 – Distribuição da amostra segundo os dados sociodemográficos e funcionalidade familiar

	Masculino (n=105)		Feminino (n=35)		Total (n=140)	
	n	%	n	%	n	%
Estado Civil						
Solteiro	12	11,4	2	5,7	14	10,0
Casado	82	78,1	19	54,3	101	72,1
Viúvo	5	4,8	14	40,0	19	13,6
Divorciado	6	5,7	-	0,0	6	4,3
Situação Laboral						
Empregado	28	26,7	3	8,6	31	22,1
Desempregado	7	6,7	1	2,9	8	5,7
Baixa Médica	1	1,0	1	2,9	2	1,4
Reformado	69	65,7	30	85,7	99	70,7
Escolaridade						
Não sabe ler nem escrever	2	1,9	5	14,3	7	5,0
Não andou na escola não sabe ler nem escrever	3	2,9	4	11,4	7	5,0
Escola primária	61	58,1	19	54,3	80	57,1
Ciclo preparatório	16	15,2	2	5,7	18	12,9
Escola Secundária	14	13,3	2	5,7	16	11,4
Ensino Superior	9	8,6	3	8,6	12	8,6
Residência						
Aldeia	58	55,2	19	54,3	77	55,0
Vila	21	20,0	7	20,0	28	20,0
Cidade	26	24,8	9	25,7	35	25,0
Rendimento						
Inferior a 450€	46	43,8	23	65,7	69	49,3
Entre 450 e 970€	32	30,5	8	22,9	40	28,6
Entre 971 e 1455€	19	18,1	2	5,7	21	15,0
Entre 1456 e 1940€	7	6,7	2	5,7	9	6,4
Superior a 1941€	1	1,0	-	0,0	1	0,7
Situação Financeira						
Confortável	16	15,2	4	11,4	20	14,3
Tenho o suficiente para as necessidades	20	19,0	9	25,7	29	20,7
Tenho algumas dificuldades	58	55,2	15	42,9	73	52,1
É muito problemática	11	10,5	7	20,0	18	12,9
Com quem vive						
Cônjuge/companheiro(a)	57	54,3	16	45,7	73	52,1
Família restrita	34	32,4	7	20,0	41	29,3
Família alargada	5	4,8	4	11,4	9	6,4
Sozinho	8	7,6	8	22,9	18	12,9
Lar	1	1,0	-	0,0	1	0,7
Funcionalidade Familiar						
Família de Disfunção Acentuada	11	10,3	1	2,9	12	8,6
Família Moderadamente Funcional	38	38,2	8	22,9	46	32,9
Família Altamente Funcional	58	53,3	26	74,3	82	58,6

3.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A colheita de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário (Apêndice I), o qual foi autoaplicado, contando com a presença da investigadora perante os

participantes que manifestaram dificuldades. Foram esclarecidas as questões que se encontravam menos perceptíveis sem nunca alterar o sentido original da pergunta.

O instrumento de recolha de dados encontra-se estruturado da seguinte forma:

Parte I - Variáveis sociodemográficas – através das quais se obteve elementos de natureza pessoal, ou seja, a caracterização dos participantes, tendo em conta: a idade, o sexo, o estado civil, a profissão, a escolaridade, a residência, o rendimento mensal, a situação financeira e a coabitação;

Parte II - Variável sócio-familiar - permitiu um conhecimento acerca da funcionalidade familiar, com a aplicação da Escala de Apgar Familiar, versão portuguesa de Azeredo e Matos (1989), possibilita identificar a funcionalidade familiar. Constituída por cinco perguntas que quantificam a perceção que o indivíduo tem do funcionamento familiar. A cada pergunta é atribuída a possibilidade de três respostas, correspondendo-lhes uma determinada pontuação: quase sempre (2), algumas vezes (1) e quase nunca (0).

O resultado final é obtido através do somatório da pontuação atribuída a cada uma das perguntas. A cada somatório é atribuída uma classificação da funcionalidade familiar (cf. Quadro4).

Quadro4 – Funcionalidade Familiar e pontuação correspondente

Funcionalidade familiar	Pontuação
Altamente Funcional	7 – 10
Moderadamente Funcional	4 – 6
Disfunção Acentuada	0 – 3

Parte III - Variáveis clínicas: contém questões que possibilitam conhecer: o processo clínico, os fatores de risco, ter um familiar com doença cardíaca, a localização do enfarte, o tipo de EAM, a extensão da lesão, o IMC e o stresse nas últimas 4 semanas;

Parte IV - Escala de satisfação com a informação acerca da medicação (SIMS) – neste estudo foi usada uma versão experimental do questionário original *Satisfaction with Information about Medicines Scale* – SIMS desenvolvida por Horne, Hankins e Jenkins (2001) e traduzida por McIntyre e Trovisqueira (2004), referenciados por Silva (2007). A SIMS é uma escala que visa determinar o grau em que os doentes avaliam se receberam informação suficiente acerca da medicação que lhes foi prescrita. Horne et al. (2001, cit. in McIntyre & Trovisqueira, 2007) diz que a escala original é constituída por 17 itens baseados das recomendações publicadas da ABPI (Associação da Indústria Farmacêutica Britânica),

sobre o tipo de informação que os doentes necessitam, de modo a facilitar a automedicação. Cada item refere-se a um aspeto particular do uso de medicação (Silva, 2007).

Na versão adaptada para esta investigação, o questionário conta, assim, com 12 itens no total (ao invés dos dezassete da escala original), ficando assim a subescala *Ação e Uso da Medicação* constituída por 5 itens (ao invés de 9) e a subescala potenciais problemas da medicação por 7 itens (em vez dos 8 da escala original). Os sujeitos devem assinalar numa escala com várias opções de resposta, a quantidade de informação recebida acerca da medicação: “muita informação”, “ideal/suficiente”, “pouca informação”, “não recebi informação” e “não acho necessário ter informação” (Silva, 2007).

As respostas dadas pelos sujeitos são analisadas a dois níveis:

- Perfil detalhado da informação dos medicamentos, obtido pela análise da classificação de cada item, para identificar tipos específicos com a informação que os doentes sentem que está a falhar;
- Valor da satisfação total, obtido pela soma da classificação de cada item. Se o doente está satisfeito com a informação recebida acerca de um dado aspeto da medicação (atribuindo uma classificação de “ideal/suficiente” ou “não necessária”) a cotação é 1; quando o doente está insatisfeito com a quantidade da informação recebida (“muita”, “pouca” ou “não recebi”) o item é cotado com 0.

Procedemos à cotação dos itens, tal como proposto pelos autores da escala, atribuindo 1 às respostas que assinalavam satisfação e 0 às respostas que assinalavam insatisfação do doente com a informação recebida. Foram calculados os totais das duas subescalas e da escala total. O score total do questionário pode variar entre 0 e 12, indicando os totais altos um elevado grau de satisfação com a informação recebida (Silva, 2007).

Parte V - A “Escala de Medida de Adesão ao Tratamento”, construída por Delgado e Lima (2001), é constituída por sete itens, respondidos numa escala de tipo *Likert* de 6 pontos, que vão desde 1=Sempre a 6=Nunca. A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos.

Pode também ser convertida numa escala dicotómica. A conversão faz-se do seguinte modo: nunca (6) e raramente (5) da escala de *Likert* passam a não (1) da escala dicotómica; por vezes (4), com frequência (3), quase sempre (2) e sempre (1) da escala de *Likert* passam a sim (0) da escala dicotómica. Em ambos os casos, valores mais elevados significam maior nível de adesão.

Parte VI - Escala Relação Doente/Profissional de Saúde: Trata-se de uma escala validada por Augusto (2011), constituída por 23 questões, agrupadas em três dimensões (Informação, Capacidades Comunicacionais e Atitudes). A primeira dimensão (*Informação I*) pretende avaliar o nível de informação do doente relativamente à sua doença e tratamento, inclui 9 itens (1, 4, 5, 14, 18, 19, 21, 22, 23). A segunda dimensão (*Capacidades Comunicacionais CC*) tem como objetivo mensurar as habilidades de comunicação dos profissionais de saúde para com os doentes e é composta por 8 itens (2, 3, 7, 9, 11, 13, 17, 20). A terceira dimensão (*Atitudes AT*) permite mensurar as atitudes dos profissionais de saúde para com os doentes (motivação para o tratamento, esclarecimento de dúvidas e receios, confiança) e inclui 6 itens (6, 8, 10, 12, 15, 16).

O formato dos itens posiciona-se numa escala de Likert de cinco pontos, variando entre: concordo totalmente, concordo, nem concordo nem discordo, discordo, discordo totalmente. A chave da cotação varia entre 5, 4, 3, 2, 1. O valor total da escala resulta da soma dos itens, podendo variar de 23 a 115. A nota mais alta corresponde a uma perceção de maior relação. A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens pertencentes a cada dimensão.

Todos os itens são cotados da esquerda para a direita com 5, 4, 3, 2, 1, pois trata-se de uma escala de tipo Likert, com exceção para os itens invertidos (9, 12, 14, 17, 20, 21). Augusto (2011) considerou que quanto mais alta fosse a pontuação nas dimensões consideradas, mais elevado seria o nível de informação; melhores as capacidades comunicacionais dos profissionais de saúde e melhores as atitudes para com os doentes.

3.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Cumprindo os princípios éticos que devem orientar um trabalho de investigação, foi efetuado um pedido formal de autorização ao Centro Hospitalar Tondela Viseu, pela Escola superior de Saúde de Viseu, com vista a obter o consentimento para a aplicação do instrumento de recolha de dados.

Outro procedimento indispensável foi a garantia do consentimento informado antes da aplicação dos questionários, sendo ainda garantido o anonimato e a confidencialidade.

3.4. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Concluída a colheita de dados, todos os questionários foram analisados, de forma a identificar e eliminar os que estavam incompletos ou mal preenchidos. Posteriormente foi

elaborada uma base de dados, para viabilizar a codificação dos dados obtidos e respetivo tratamento estatístico. De seguida recorreu-se à análise estatística descritiva e inferencial. O programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0. foi utilizado como ferramenta para o processamento da informação.

Os dados apresentados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado aos doentes em hemodiálise nos centros já referidos, pelo que se omitiu o local, a data e a fonte dos mesmos. Para a apresentação dos resultados foram utilizadas Tabelas onde se apresentam os dados mais relevantes.

De acordo com Pestana e Gajero (2008), na análise estatística utilizam-se os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ - estatística significativa
- $p < 0.01$ - estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ - estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ - não significativo

Relativamente à análise descritiva, para a descrição das variáveis em estudo, determinaram-se frequências, média (\bar{X}), desvio padrão (dp) e coeficiente de variação (CV). Utilizando os intervalos definidos pelos mesmos autores, quanto ao CV consideramos:

- $CV \leq 15\%$ – dispersão fraca
- $15\% < CV \leq 30\%$ – dispersão média
- $CV > 30\%$ – dispersão elevada

Quanto à medida de assimetria Skewness (SK), obtida através do quociente entre SK com o erro padrão (EP), segundo os mesmos autores, temos:

- SK/EP inferior a -1.96 - distribuição assimétrica negativa com enviesamento à direita
- SK/EP entre -1.96 e 1.96 - distribuição simétrica
- SK/EP superior a 1.96 - distribuição assimétrica positiva com enviesamento à esquerda

Utilizámos também a medida de achatamento curtose (K), obtida através do quociente K com o erro padrão (EP):

- $K/EP < -1.96$ = distribuição platicúrtica
- K/EP entre -1.96 e 1.96 = distribuição mesocúrtica
- $K/EP > 1.96$ = distribuição leptocúrtica

Quanto à estatística inferencial, aplicou-se o teste *Kolmogorov-Smirnov* com o objetivo de se verificar a condição de normalidade.

Para além da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas, os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade

em duas situações: desde que as distribuições não sejam excessivamente enviesadas ou achatadas; que as dimensões das amostras não sejam demasiado pequenas, sendo condição grupos amostrais com um n superior a 30 (Pestana & Gageiro, 2008).

Recorreu-se também ao teste *One-Way Anova* que é uma extensão do teste t que permite verificar qual o efeito de uma variável independente de natureza qualitativa, numa variável dependente cuja natureza é quantitativa. Após a realização da análise de variância (*On-Way Anova*), testes *post hoc* são necessários para identificar quais dos pares de grupos diferem. Assim, utilizou-se o teste *Tukey*, para a comparação múltipla entre pares, com intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$) (Pestana & Gageiro, 2008).

Recorreu-se também à estatística não paramétrica como alternativa aos testes paramétricos já descritos, porque não se registou a condição da homogeneidade/normalidade de variâncias entre os grupos, isto é, o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,6. Nestes casos utilizou-se os testes *U-Mann-Whitney* e o *Kruskal Wallis*.

Com o intuito de se verificar a relação entre a variável dependente e mais que uma variável independente, efetuou-se uma regressão múltipla com recurso ao método de estimação *Stepwise*, que permitiu determinar as variáveis preditoras da variável dependente.

Utilizou-se valores de r sugeridos por Pestana e Gageiro (2005) relativos às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera:

- $r < 0,2$ – associação muito baixa
- r entre $[0,2, 0,39]$ – associação baixa
- r entre $[0,4, 0,69]$ – associação moderada
- r entre $[0,7, 0,89]$ – associação alta
- $r > 0,9$ – associação muito alta

4. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados relativamente às questões de investigação e hipóteses formuladas. Em primeiro lugar serão apresentados os resultados obtidos com a análise descritiva, seguindo-se os obtidos com a análise inferencial.

4.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo serão apresentados às variáveis do processo clínico, da SIMS Global e da MAT Global.

Variável Clínica

No que concerne o **processo clínico** observou-se que 60,3% dos sujeitos apresentava EAM, 39,0% dos sujeitos apresentava Angor instável e apenas 0,7% dos sujeitos apresentava outro diagnóstico. Dos sujeitos que apresentavam EAM a maioria era do sexo feminino (61,8%) e dos sujeitos que apresentavam Angor instável a maioria era do sexo masculino (39,2%).

Em relação aos **fatores de risco** podemos referir que a grande maioria numa percentagem de 98,5% apresentava fatores de risco e apenas 1,5% dos sujeitos não apresentava fatores de risco. Podemos referir ainda que a maioria dos sujeitos que apresentava fatores de risco era do sexo masculino (99,0%) e a maioria dos sujeitos que não os apresentava era de sexo feminino (3,0%).

Analisando o Quadro 5 passamos a mencionar as doenças segundo a sua frequência **HTA** (n=102), **Dislipidemia** (99), **Obesidade** (n=69), **Diabetes** (n=39), **Tabagismo** (n=24), **Alcoolismo** (n=6) e **Stresse** (n=1), podemos ainda referir que em todos os casos os sujeitos apresentaram frequências mais elevadas no sexo masculino.

No que se refere ao **familiar com doença cardíaca** verificou-se que apenas 14,8% dos sujeitos tinham familiares com este tipo de doença, sendo que destes a maioria era do sexo masculino (16,8%) e 85,2% dos sujeitos, ou seja, mais de metade da amostra não apresentava familiares com doença cardíaca, tendo neste caso a maioria se verificado nos sujeitos do sexo feminino (91,2%).

Quanto à **localização do enfarte** observou-se que 50,0% dos enfartes foram inferiores e 50,0% dos enfartes foram anteriores. Os sujeitos que apresentaram enfartes inferiores eram na maioria do sexo feminino (55,9%) e os sujeitos que apresentaram enfartes anteriores eram na maioria do sexo masculino (52,0%).

Relativamente ao **tipo de EAM** podemos referir que 41,5% dos enfartes eram com supra ST e 58,5% dos enfartes eram sem supra ST. Pode-se verificar ainda que os sujeitos que apresentaram enfartes com supra ST eram na maioria do sexo feminino (44,1%) e os sujeitos que apresentaram enfartes sem supra ST eram na maioria sujeitos do sexo masculino (59,4%).

Referente à **extensão da lesão** verificou-se que 5,2% não apresentou doença, 51,1% apresentou doença de 1 vaso, 27,4% apresentou doença de 2 vasos, 15,6% apresentou doença de 3 vasos e apenas 0,7% dos sujeitos apresentaram doença do tronco comum. No que toca ao sexo verificou-se que os sujeitos sem doença, com doença de 1 vaso com doença de 3 vasos e com doença do tronco comum a maioria era do sexo masculino (5,9%; 52,5%; 16,8%; 1,0%) e os sujeitos com doença de 2 vasos eram na maioria do sexo feminino numa percentagem de 38,2%.

Quadro5 - Descritiva da variável processo clínico segundo o sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Processo clínico						
EAM	61	59,8	21	61,8	82	60,3
Angor Instável	40	39,2	13	38,2	53	39,0
Outro	1	1,0	-	0,0	1	0,7
Factores de risco						
Sim	99	99,0	32	97,0	131	98,5
Não	1	1,0	1	3,0	2	1,5
HTA	71	100,0	31	100,0	102	100,0
Diabetes	30	100,0	9	100,0	39	100,0
Dislipidémia	74	100,0	25	100,0	99	100,0
Tabagismo	24	100,0	-	100,0	24	100,0
Alcoolismo	6	100,0	-	100,0	6	100,0
Obesidade	51	100,0	18	100,0	69	100,0
Sedentarismo	1	100,0	-	100,0	1	100,0
Stresse	15	100,0	3	100,0	18	100,0
Familiar com doença cardíaca						
Sim	17	16,8	3	8,8	20	14,8
Não	84	83,2	31	91,2	115	85,2
Localização do enfarte						
Inferior	48	48,0	19	55,9	67	50,0
Anterior	52	52,0	15	44,1	67	50,0
Tipo de EAM						
Com supra ST	41	40,6	15	44,1	56	41,5
Sem supra ST	60	59,4	19	55,9	79	58,5
Extensão da lesão						
Sem doença	6	5,9	1	2,9	7	5,2
Doença de 1 vaso	53	52,5	16	47,1	69	51,1
Doença de 2 vasos	24	23,8	13	38,2	37	27,4
Doença de 3 vasos	17	16,8	4	11,8	21	15,6
Doença do tronco comum	1	1,0	-	0,0	1	0,7

Descritiva Variável Dependente

Quanto ao SIMS Global verifica-se que o mínimo de 0,00 e o máximo de 12,00, apresenta uma média de 7,30, com um desvio padrão em torno da mesma de 2,97.

Referente ao coeficiente de dispersão, o SMIS Global apresenta uma dispersão elevada. No que se refere ao enviesamento (Sk/EP) e ao achatamento (K/EP), podemos referir que o SIMS Global apresenta uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Quadro 6 - Estatística do SIMS Global

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
SIMS Global	0,00	12,00	7,30	2,97	40,68	-0,634	-0,968

Em relação à informação recebida sobre **para que servia a medicação** observou-se que 14,3% dos sujeitos consideraram não ter recebido informação e 85,7% considerou receber demasiada medicação. Referente ao sexo verificou-se uma mesma percentagem em ambas as situações.

Relativamente ao **tempo que demora a ter efeito a medicação** verificou-se que 42,1% dos sujeitos referiram não possuir informação e 57,9% dos sujeitos referiram ter demasiada informação. Os sujeitos que referiram não possuir informação, na sua maioria eram do sexo feminino (45,7%) e os sujeitos que referiram possuir demasiada informação, a sua maioria era do sexo masculino (50,0%).

No que diz respeito a **tempo que tem que tomar a medicação** verificou-se que a maioria possuía demasiada informação numa percentagem de 73,6%. Quanto ao sexo verificou-se que os sujeitos que possuíam demasiada informação eram na maioria do sexo masculino (74,3%) e os sujeitos que não possuíam informação eram na sua maioria do sexo feminino (28,6%).

Podemos referir que 95,7%, ou seja, mais de metade da amostra, possui demasiada informação acerca de **como tomar a medicação** e apenas 4,3% não possui qualquer tipo de informação. Pode ainda ser referido que os sujeitos que possuíam demasiada informação eram na sua maioria do sexo feminino (97,1%) e os que não possuíam qualquer tipo de informação eram na sua maioria do sexo masculino (4,9%).

Concernente ao facto de **como conseguir mais medicação** observou-se que 13,6% dos sujeitos não possuíam qualquer tipo de informação e 86,4% possuía demasiada informação. Tendo em conta o sexo pode ser referido que a maioria dos sujeitos que não possuía qualquer tipo de informação era do sexo feminino (22,9%) e a maioria dos sujeitos que possuía demasiada informação era do sexo masculino numa percentagem de 89,5%.

Alusivo aos **efeitos indesejáveis da medicação** verificou-se que mais de metade da amostra possui ausência de informação, numa percentagem de 53,6% e 46,4% dos sujeitos possui demasiada informação, sendo que os sujeitos que possuem ausência de informação são maioritariamente do sexo feminino (71,4%) e os sujeitos que possuem demasiada informação são maioritariamente do sexo masculino (52,4%).

Quando questionados sobre o que **devia fazer quando sentisse efeitos secundários**, verificou-se que 55,0% dos sujeitos não possuíam informação e 45,0% dos sujeitos possuíam demasiada informação. Dos sujeitos que não possuíam informação a maioria era do sexo feminino (62,9%) e dos sujeitos que possuíam demasiada informação a maioria era do sexo masculino (47,6%).

Referente à **ingestão de bebidas alcoólicas enquanto toma medicação** observou-se que 20,7% dos sujeitos não possuía informação nenhuma e 79,3% possuía demasiada informação, sendo que a maioria dos sujeitos que não possuíam informação eram do sexo feminino (25,7%) e a maioria dos sujeitos que possuíam demasiada informação eram do sexo masculino (81,0%).

Tendo em conta o facto de a **medicação interferir com outra medicação**, verificou-se que 65,0% dos sujeitos, ou seja, mais de metade da amostra não possuía informação, enquanto 35,0% dos sujeitos possuíam demasiada informação. Em relação ao sexo verificou-se que a maioria dos sujeitos que não possuíam informação era do sexo masculino (65,7%) e a maioria dos sujeitos que possuíam demasiada informação era do sexo feminino (37,1%).

Alusivo ao facto de a **medicação o fazer sentir sonolento** podemos referir que 70,7% dos sujeitos revelaram não possuir qualquer tipo de informação e 29,3% dos sujeitos revelaram possuir demasiada informação. Dos sujeitos que revelaram não possuir informação verificou-se que a maioria era do sexo feminino (71,1%) e dos sujeitos que revelaram possuir demasiada informação a maioria era do sexo masculino (31,4%).

No que respeita a **medicação afetar a vida sexual** verificou-se que 72,1%, ou seja, mais de metade dos sujeitos não possuía qualquer tipo de informação e 27,9% dos sujeitos possuíam demasiada informação. Respeitante ao sexo verificou-se que dos sujeitos que não possuíam informação a maioria era do sexo feminino (82,9%) e dos sujeitos que possuíam demasiada informação a maioria era do sexo masculino (31,4%).

Por fim, e no que toca ao facto de **o que deve fazer se esquecer de tomar uma dose** verificou-se que 32,1% dos sujeitos da amostra revelaram não possuir nenhuma informação, sendo que deste a maioria era do sexo masculino (32,4%) e 67,9% dos sujeitos revelaram possuir demasiada informação, sendo que neste caso a maioria dos sujeitos era do sexo feminino (68,6%).

Quadro7 – Descritiva do SIMS segundo o sexo

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Para que serve a medicação						
Ausência	15	14,3	5	14,3	20	14,3
Demasiada	90	85,7	30	85,7	120	85,7
Quanto tempo demora a ter efeito a medicação						
Ausência	43	41,0	16	45,7	59	42,1
Demasiada	62	59,0	19	54,3	81	57,9
Por quanto tempo terá de tomar medicação						
Ausência	27	25,7	10	28,6	37	26,4
Demasiada	78	74,3	25	71,4	103	73,6
Como tomar a medicação						
Ausência	5	4,8	1	2,9	6	4,3
Demasiada	100	95,2	34	97,1	134	95,7
Como conseguir mais medicação						
Ausência	11	10,5	8	22,9	19	13,6
Demasiada	94	89,5	27	77,1	121	86,4
Se a medicação tem efeitos indesejáveis						
Ausência	50	47,6	25	71,4	75	53,6
Demasiada	55	52,4	10	28,6	65	46,4
O que deve fazer se sentir efeitos indesejáveis						
Ausência	55	52,4	22	62,9	77	55,0
Demasiada	50	47,6	13	37,1	63	45,0
Se pode beber álcool enquanto toma esta medicação						
Ausência	20	19,0	9	25,7	29	20,7
Demasiada	85	81,0	26	74,3	111	79,3
Se a medicação interfere com outra medicação						
Ausência	69	65,7	22	62,9	91	65,0
Demasiada	36	34,3	13	37,1	49	35,0
Se a medicação o faz sentir sonolento						
Ausência	72	68,6	27	77,1	99	70,7
Demasiada	33	31,4	8	22,9	41	29,3
Se a medicação vai afectar a sua vida sexual						
Ausência	72	68,6	29	82,9	101	72,1
Demasiada	33	31,4	6	17,1	39	27,9
O que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose						
Ausência	34	32,4	11	31,4	45	32,1
Demasiada	71	67,6	24	68,6	95	67,9

Relativamente ao MAT Global observou-se um mínimo de 2,71 e um máximo 5,00, uma média de 4,77 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,36. Analisando o coeficiente de dispersão verificou-se que o MAT Global apresenta uma dispersão fraca. Relativamente ao enviesamento (Sk/EP) e ao achatamento (K/EP), podemos referir que o MAT Global apresenta uma distribuição assimétrica negativa e leptocúrtica (cf. Quadro8).

No que diz respeito ao MAT Global dos sujeitos do sexo masculino, verificou-se um mínimo de 3,71 e um máximo de 5,00, com uma média de 4,77 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,34. Referente ao coeficiente de dispersão, este apresenta uma dispersão fraca. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição do MAT Global dos sujeitos do sexo masculino é assimétrica negativa e leptocúrtica (cf. Quadro 8).

O MAT Global dos sujeitos do sexo feminino apresentou um mínimo 2,71 e um máximo de 5,00, a média centra-se nos 4,79 e um desvio padrão de 0,44. No que toca ao coeficiente de dispersão, o MAT Global dos sujeitos do sexo feminino apresenta uma dispersão fraca. No que concerne a análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição é assimétrica negativa e leptocúrtica.

Quadro 8 – Estatística do MAT Global segundo o sexo

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Masculino	3,71	5,00	4,77	0,34	7,13	-7,237	4,719
Feminino	2,71	5,00	4,79	0,44	9,19	-8,887	19,320
Total	2,71	5,00	4,77	0,36	7,55	-11,951	19,541

t=-0,326; p=0,745

Referente à Relação Doente Profissional, verifica-se que a informação tem um mínimo de 12 e um máximo de 29, a média centra-se nos 19,50 e um desvio padrão de 2,72. Alusivo ao coeficiente de dispersão, a informação apresenta uma dispersão fraca. No que toca ao enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição é simétrica e mesocúrtica.

Quanto às capacidades comunicacionais obtivemos um mínimo de 11 e um máximo de 27, a média centra-se nos 18,25 e um desvio padrão de 2,56. Referente ao coeficiente de dispersão, as capacidades comunicacionais apresenta uma dispersão fraca. No que toca ao enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição é simétrica e leptocúrtica.

Relativamente às atitudes, tem um mínimo de 7 e um máximo de 20, a média centra-se nos 14,29 e um desvio padrão de 2,11. Quanto ao coeficiente de dispersão, as atitudes apresentam uma dispersão fraca. No que toca ao enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição é simétrica e leptocúrtica.

Por último, a relação doente profissional tem um mínimo de 33 e um máximo de 74, a média centra-se nos 52,14 e um desvio padrão de 5,95. No coeficiente de dispersão, a relação doente profissional apresenta uma dispersão fraca. No que toca ao enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição é simétrica e leptocúrtica.

Quadro 9 – Estatística da Relação Doente Profissional

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
Informação	12,00	29,00	19,60	2,72	13,88	1,06	1,58
Capacidades Comunicacionais	11,00	27,00	18,25	2,56	14,03	1,40	2,85
Atitudes	7,00	20,00	14,29	2,11	14,77	0,95	2,15
Relação Doente Profissional	33,00	74,00	52,14	5,95	11,41	1,17	4,47

4.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Posteriormente à análise descritiva será apresentada a análise inferencial, a qual foi obtida através da estatística analítica. Procede-se, desde modo, à verificação da validade das hipóteses colocadas.

H₁ – Existe uma influência estatisticamente significativa das variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, situação laboral, escolaridade, residência, rendimento mensal e situação financeira) sobre a satisfação com a informação acerca da medicação.

H1.1. – Existe uma influência estatisticamente significativa do sexo sobre a satisfação com a informação acerca da medicação

Para conhecermos a influência do sexo na satisfação com a informação acerca da medicação, realizamos um Teste U de Mann-Whitney. Verificamos, no Quadro9, que os participantes do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de satisfação com a informação acerca da medicação, comparativamente com os sujeitos do sexo feminino.

Observamos que não existe diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e o SIMS, ou seja, rejeita-se a hipótese enunciada anteriormente (cf. Quadro 10).

Quadro 10 - Teste U de Mann-Whitney entre o sexo e a satisfação com a informação acerca da medicação

SIMS	Sexo	Masculino	Feminino	U	p
Satisfação com a informação acerca da medicação		73,79	60,64	1492,500	0,095

H1.2. – Existe uma influência estatisticamente significativa do estado civil sobre a satisfação com a informação acerca da medicação

Procurou-se identificar se o estado civil dos inquiridos influenciaria a satisfação com a informação acerca da medicação. Para isto foi realizado o Teste One-Way ANOVA (cf. Quadro 11) entre os diferentes estados, constatou-se que participantes casados possuem níveis mais elevados de satisfação com a informação acerca da medicação e os Divorciados possuem níveis mais baixos de satisfação com a informação acerca da medicação, facto corroborado pelo teste de Tukey.

Observou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a satisfação com a informação acerca da medicação ($p=0,021$), logo aceita-se a hipótese mencionada anteriormente.

Quadro11 - Teste One-Way ANOVA entre o estado civil e a satisfação com a informação acerca da medicação

SIMS	Estado Civil	N	M	DP	F	p	Tukey
Satisfação com a informação acerca da medicação	Solteiro	14	7,71	2,30	3,207	0,025	0,987
	Casado	101	7,34	3,06			0,455
	Viúvo	19	6,00	2,73			0,181
	Divorciado	6	9,67	2,06			0,021

H1.3. – Existe uma influência estatisticamente significativa da situação laboral sobre a satisfação com a informação acerca da medicação

Com o intuito de compreender qual a influência da situação laboral na satisfação com a informação acerca da medicação, realizamos um Teste U de Mann-Whitney. Averiguamos (cf. Quadro 12), que os participantes que estão no ativo apresentam níveis mais elevados de satisfação com a informação acerca da medicação, comparativamente com os sujeitos que não estão no ativo.

Observamos que existe diferenças estatisticamente significativas entre a situação laboral e o SIMS ($p=0,025$), ou seja, aceita-se a hipótese formulada.

Quadro 12 - Teste U de Mann-Whitney entre o sexo e a satisfação com a informação acerca da medicação

SIMS	Situação Laboral	Ativo (n=33)	Não Ativo (n=107)	U	p
Satisfação com a informação acerca da medicação		84,27	66,25	1311,000	0,025

H1.4. – Existe uma influência estatisticamente significativa da escolaridade sobre a satisfação com a informação acerca da medicação

Pretendeu-se identificar se a escolaridade dos inquiridos influenciaria a satisfação com a informação acerca da medicação, para tal foi realizado o Teste One-Way ANOVA (cf. Quadro 13). Verificou-se que participantes com alta literacia possuem níveis mais elevados de satisfação com a informação acerca da medicação e os sujeitos pertencentes à amostra com baixa literacia possuem níveis mais baixos de satisfação com a informação acerca da medicação, facto corroborado pelo teste de Tukey.

Constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e o SIMS ($p=0,004$), logo aceita-se a hipótese mencionada anteriormente.

Quadro13 - Teste One-Way ANOVA entre a escolaridade e a satisfação com a informação acerca da medicação

SIMS	Escolaridade	n	M	DP	F	p	Tukey
Satisfação com a informação acerca da medicação	Baixa Literacia	94	6,78	2,98	6,275	0,002	0,004
	Moderada literacia	34	7,91	2,68			0,140
	Alta literacia	12	9,67	2,31			0,158

H1.5. – Existe uma influência estatisticamente significativa da residência sobre a satisfação com a informação acerca da medicação

Procurou-se identificar se a residência interfere estatisticamente com a satisfação com a informação acerca da medicação. Para verificar esta relação foi realizado um teste de Kruskal-Wallis entre ambas as variáveis em estudo. Mediante a observação do Quadro14, constatou-se que os sujeitos que vivem na cidade obtiveram médias mais elevadas de satisfação com a informação acerca da medicação, comparativamente aos sujeitos que vivem na vila e na aldeia.

Constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a residência e a satisfação com a informação acerca da medicação, logo a residência não tem influência com a satisfação com a informação acerca da medicação.

Quadro14 - Teste de Kruskal-Wallis entre a residência e a satisfação com a informação acerca da medicação

SIMS	Residência	Aldeia (n=77)	Vila (n=28)	Cidade (n=35)	KW	p
	OM	OM	OM			
Satisfação com a informação acerca da medicação		69,81	62,23	78,63	2,626	0,269

H1.6. – Existe uma influência estatisticamente significativa do rendimento sobre a satisfação com a informação acerca da medicação

Pretendeu-se identificar se o rendimento dos participantes influenciaria a satisfação com a informação acerca da medicação, para tal foi realizado o Teste One-Way ANOVA (cf. Quadro 15). Averiguou-se que sujeitos que possuem um rendimento superior a 1456€ possuem níveis mais elevados de satisfação com a informação acerca da medicação e os que têm um rendimento inferior a 485€ possuem níveis mais baixos de satisfação com a informação acerca da medicação, facto corroborado pelo teste de Tukey.

Constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento e a satisfação com a informação acerca da medicação ($p=0,003$), logo aceita-se a hipótese mencionada anteriormente.

Quadro 15 - Teste One-Way ANOVA entre o rendimento e a satisfação com a informação acerca da medicação

SIMS	Rendimento	n	M	DP	F	p	Tukey
Satisfação com a informação acerca da medicação	Inferior a 485€	69	6,72	2,91	4,564	0,004	0,003
	Entre 486 a 970€	40	7,25	2,72			0,033
	Entre 971 a 1455€	21	7,90	3,13			0,708
	Superior a 1456€	10	10,00	2,50			0,209

H1.7. – Existe uma influência estatisticamente significativa da situação financeira sobre a satisfação com a informação acerca da medicação

Para compreender se a situação financeira interfere estatisticamente com a satisfação com a informação acerca da medicação. Para verificar esta relação foi realizado um teste de Kruskal-Wallis entre ambas as variáveis em estudo. Através da observação do Quadro 16, constatou-se que os sujeitos que possuem uma situação financeira confortável obtiveram médias mais elevadas de satisfação com a informação acerca da medicação, comparativamente aos sujeitos que têm uma situação financeira complicada.

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a situação financeira e a satisfação com a informação acerca da medicação, logo rejeita-se a hipótese entre ambos.

Quadro 16 - Teste de Kruskal-Wallis entre a situação financeira e a satisfação com a informação acerca da medicação

Situação Financeira	Confortável (n=20)	Tenho algumas dificuldades (n=73)	Tenho o suficiente para as necessidades (n=29)	É muito problemática (n=18)	KW	p
	OM	OM	OM	OM		
SIMS						
Satisfação com a informação acerca da medicação	83,75	66,98	78,83	56,64	6,089	0,107

H₂ – A idade, a funcionalidade familiar, a adesão terapêutica, a relação doente profissional influenciam a satisfação com a informação acerca da medicação

Pretendemos com esta relação identificar se a idade, a funcionalidade familiar, a adesão terapêutica a informação, as capacidades comunicacionais, as atitudes e relação com o doente e o profissional de saúde influenciam a satisfação com a informação acerca da medicação. Assim, efetuámos análises de regressões múltiplas, para testar o valor preditivo das variáveis independentes em relação à variável dependente Satisfação com a Informação Acerca da Medicação. O método de estimação utilizado foi o *stepwise* (passo a passo).

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (Satisfação com a Informação Acerca da Medicação)

No que se refere à satisfação com a informação acerca da medicação, Quadro 17, demonstra que as correlações com as variáveis independentes variam entre ($r = -0,010$) na adesão terapêutica e ($r = -0,301$) na informação. A informação e a relação com o doente e o profissional de saúde, existe uma relação significativa e de sinal negativo com a satisfação com a informação acerca da medicação, o que nos leva a afirmar que, quanto maiores os índices nas variáveis independentes mencionadas, mais baixa é a satisfação com a informação acerca da medicação.

Quadro 17 – Correlação de Pearson entre a satisfação com a informação acerca da medicação e variáveis independentes

Variáveis Independentes	r	p
Idade	-0,131	0,061
Funcionalidade Familiar	-0,065	0,222
Adesão Terapêutica	-0,010	0,452
Informação	-0,301	0,000
Capacidades Comunicacionais	-0,097	0,128
Atitudes	-0,032	0,352
Relação com o Doente e o Profissional de Saúde	-0,191	0,012

Observamos no Quadro 18 que a primeira variável e única a entrar no modelo de regressão é a informação por se apresentar com o maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r = -0,301$), estabelecendo uma associação baixa de sinal positivo e explicando por si só 9,1% da variação da satisfação com a informação acerca da medicação com um erro padrão de regressão de 2,847. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t, também apresenta significância estatística, permitindo afirmar que a variável independente que entrou no modelo de regressão, a informação, têm poder explicativo na satisfação com a informação acerca da medicação. Assim deduzimos que quanto maior é a informação, mais saudável é a satisfação com a informação acerca da medicação.

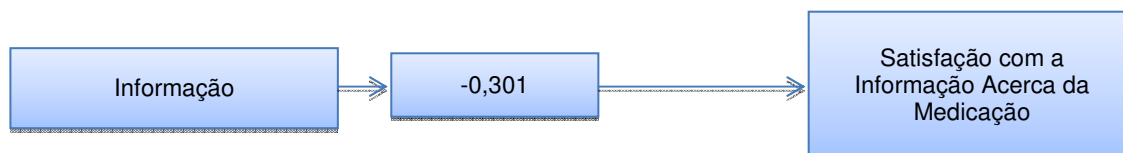
Quadro 18 – Regressão múltipla entre a satisfação com a informação acerca da medicação e as variáveis independentes

Variável dependente: Satisfação com a Informação Acerca da Medicação					
R=0,301					
R ² =0,090					
R ² Ajustado=0,084					
Erro padrão de estimativa=2,847					
Incremento de R ² =0,090					
F=13,710					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes		Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	T	p
Constante		13,720			
Informação		-0,328	-0,301	-3,703	0,000
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	111,101	1	111,101	13,710	0,000
Residual	1118,299	138	8,104		
Total	1229,400	139			

O modelo final ajustado para a satisfação com a informação acerca da medicação então pela seguinte fórmula:

$$\text{Satisfação com a Informação Acerca da Medicação: } 13,720 + (-0,301) \text{ Informação}$$

Figura 2 - Síntese das relações entre a Satisfação com a Informação Acerca da Medicação e as variáveis independentes



5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo faz-se a discussão dos resultados, começando-se pela discussão metodológica. Segue-se a análise crítica dos resultados obtidos, procurando-se fazer um paralelo com a revisão da literatura efetuada.

5.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Os procedimentos metodológicos utilizados na investigação foram ao encontro dos objetivos traçados e das características da amostra selecionada. Foi eleito como instrumento de recolha de dados o questionário. Apesar do questionário ser autoaplicado, foi

necessária a presença da investigadora no preenchimento dos mesmos, de forma a esclarecer alguns itens, sem, contudo, alterar o sentido das respostas. É evidente que esta metodologia possui algumas desvantagens, nomeadamente, menos liberdade nas respostas em função da presença da investigadora, risco de distorções, pela influência do aplicador, menos prazo para responder às perguntas e insegurança das respostas por comprometimento do anonimato.

Foi tido em consideração o momento mais oportuno para a realização da recolha de dados de modo a que houvesse uma maior participação dos participantes. No entanto, convém considerar as limitações inerentes à aplicação de instrumentos de recolha de dados em pessoas, em meio hospitalar. Os resultados dependem da honestidade e sinceridade dos respondentes, uma vez que as respostas são dirigidas aos comportamentos desejáveis e não ao que realmente sucede.

O estudo elaborado sendo transversal apenas avalia o fenómeno em estudo no momento da investigação, fornecendo dados imediatos e utilizáveis, como tal, o seu alcance é mais limitado do que o estudo longitudinal, que permite a recolha de dados de forma periódica no mesmo grupo de participantes, o que nos permitiria avaliar as mudanças relativas às nossas variáveis no tempo (Fortin, 2009).

Face a isto, a investigação foi condicionada às opções metodológicas, o que nos impede de generalizar os resultados, necessitando também de confirmação de outros estudos do mesmo âmbito, mas com amostras mais alargadas.

Contudo e apesar das limitações da investigação, considera-se que os resultados obtidos permitem adquirir um conhecimento mais efetivo e real do fenómeno em estudo, na amostra selecionada.

5.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da leitura e análise do *corpus* dos resultados apresentados anteriormente, faz-se a sua discussão à luz da revisão da literatura efetuada.

Contou-se com 140 participantes com cardiopatia isquémica, com idades centradas, em termos médios, nos 68,98 anos, sendo maioritariamente do sexo masculino. Os dados encontrados são consonantes com os publicados pelo 4º Inquérito Nacional efetuado pelo Instituto Nacional de Estatística - 2005/2006 (INE, 2007), uma vez que o mesmo demonstrou que a maioria das pessoas acometidas pela cardiopatia isquémica são homens. Constatou-se também que a idade se centra nos 65,23, o que está em consonância com o INE (2007), pois, segundo esta fonte, o grupo etário mais afetado por esta patologia são os indivíduos do sexo masculino com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, enquanto os

indivíduos do sexo feminino possuem idades entre os 75 e os 84 anos, o que foi corroborado pela presente investigação. Ou seja, a idade dos sujeitos do sexo feminino centram-se numa média de 72,23. Outra ilação a retirar destes dados empíricos é que se confirma uma esperança média de vida mais alargada para as mulheres do que para os homens.

Há a salientar, neste âmbito, que algumas investigações efetuadas sobre a necessidade de informação demonstram que as características dos doentes parecem assumir alguma relevância. Assim, a idade está associada ao desejo de mais informação e de participação nas decisões de saúde, ou seja, as pessoas mais novas parecem preferir mais informação do que as mais velhas (Sousa, 2003).

No que se refere ao estado civil, verificou-se que a maioria dos sujeitos da amostra (72,1%) era casada, com predominância do sexo masculino (78,1%). Estes resultados poder-se-ão dever ao facto de a tendência da sociedade portuguesa tradicional para o matrimónio. Esta afirmação advém dos dados apurados em relação à idade dos participantes, maioritariamente idosos. Aliás, de acordo com os Censos de 2001 (INE, 2003), a percentagem de indivíduos casados apresenta valores significativos na sociedade portuguesa, ainda que as taxas crescentes de divórcio sejam uma realidade.

Quanto à situação laboral, observou-se que a maioria dos sujeitos da amostra era reformada (70,7%), dos quais há uma prevalência dos participantes do sexo feminino (85,7%), sendo a maioria dos sujeitos do sexo masculino empregados (26,7%). Apurou-se que a maior percentagem de sujeitos da amostra tinha apenas a escola primária (57,1%), sobressaindo os elementos do sexo masculino (58,1%). Estes resultados poderão ser suportados empiricamente com o fator idade.

Alusivo à residência, apurou-se que 55,0% dos sujeitos da amostra reside numa aldeia, com domínio dos participantes do sexo feminino.

Relativamente ao rendimento mensal, verificou-se que prevaleceram os participantes com um rendimento mensal inferior a 450€ (49,3%), encontrando-se as mulheres em maioria neste grupo (65,7%). Um estudo realizado pelo Observatório das Desigualdades (2009, cit. in Antunes, 2009) demonstrou que os padrões de doença e de longevidade e os estilos de vida relacionados com a saúde variavam em consonância com as classes sociais que concentram maiores recursos económicos e culturais, as quais tendem a adotar estilos de vida mais saudáveis e a apresentar um menor número de doenças. Num estudo efetuado por Furtado e Pereira (2010) demonstra que as doenças crónicas, na população portuguesa entre 1998/1999 e 2005/2006, se encontravam nos grupos de pessoas com rendimentos mensais menores. Ainda se acrescenta que a Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (2008) revela que os rendimentos das mulheres portuguesas eram inferior ao dos

homens. Na mesma linha, o Observatório das Desigualdades (2009, cit. in Antunes, 2009) comprovou que há uma manifesta desigualdade de remuneração base entre homens e mulheres.

Relativamente à variável coabitação, observou-se que a maioria dos sujeitos vive com conjugue/companheiro(a) numa percentagem de 52,1%, estando os homens em valor percentual mais elevados (54,3%). Estes dados poderão ser explicados através da variável estado civil, pois apurou-se que a maioria dos homens era casada.

Relativamente à Funcionalidade Familiar, os dados da análise descritiva demonstraram que 58,6% dos sujeitos possuem uma família altamente funcional. Tendo em conta o sexo verificou-se os sujeitos com famílias com disfunção acentuada e com famílias moderadamente funcionais eram maioritariamente do sexo masculino (10,3%; 38,2%) e os sujeitos com famílias altamente funcionais eram na maioria do sexo feminino (74,3%).

A este propósito salienta-se que se a Funcionalidade Familiar for elevada maior será a função emocional e a vitalidade dos doentes. Neste sentido, Pedroso e Sbardelloto (2008) referem que a funcionalidade familiar pode alterar os padrões de comportamento dos doentes, os quais têm a sua estrutura abalada e, muitas vezes, sentem dificuldades de aceitação e de conformidade em relação à doença e ao tratamento. O suporte social oferecido ao doente com Cardiopatia Isquémica e a forma como ele o percebe é de extrema importância para o desenvolvimento de novas estratégias para enfrentar toda a situação vivenciada, que o auxiliem, inclusive, na adesão à terapêutica, atenuando o sofrimento face à doença que tanto o fragiliza e o torna dependente. Com este apoio familiar o desempenho emocional do doente aumenta.

Os resultados apurados em relação às variáveis clínicas demonstram que 60,3% dos doentes da amostra em estudo apresentavam EAM, 39,0% dos sujeitos apresentava Angor instável e apenas 0,7% dos sujeitos apresentava outro diagnóstico. Dos sujeitos que apresentavam EAM, foram as mulheres a ter um valor percentual mais significativo (61,8%), enquanto os homens se inseriram maioritariamente no Angor instável (39,2%). Os resultados apurados contariam o referido por Gouveia (2005), cujo estudo demonstrou há uma maior incidência de EAM em indivíduos do sexo masculino, nomeadamente em indivíduos na meia-idade. A incidência de EAM nos homens é maior com uma vantagem de cerca de dez anos em relação à mulher, mas estas não estão imunes à arteriosclerose. Contudo, esta diferença propende a desaparecer após a menopausa. Gouveia (2005) constatou que os homens têm uma incidência maior de EAM do que as mulheres até aos 45 anos, e duas vezes superior entre os 45 e os 62 anos. Após os 62 anos a probabilidade de sofrer um EAM é idêntica para homens e mulheres.

Rocha (2008) menciona que, com o aumento da idade, há uma maior probabilidade de EAM. Os indivíduos em faixas etárias mais avançadas são mais afetados por EAM comparativamente aos mais novos. De acordo com Ferro (2006), a idade é um dos principais fatores de risco para esta patologia, a sua frequência aumenta drasticamente com a idade, atingindo importantes proporções durante o envelhecimento, que é um dos fatores mais importantes do desenvolvimento de aterosclerose. O grau de arteriosclerose é mínimo até à idade de 35 a 45 anos, mas o processo acelera-se após esta idade, principalmente depois dos 60 anos.

Verificou-se igualmente que quase todos os participantes (98,5%) apresentavam fatores de risco, com maior incidência para o sexo masculino (99,0%). Assim, os fatores de risco mais significativos foram: a HTA (n=102), a dislipidémia (99), a obesidade (n=69), a diabetes *mellitus* (n=39) e o tabagismo (n=24). Deste modo, poder-se-á dizer que estes resultados estão em conformidade com o exposto na revisão da literatura. Os principais fatores de risco, associados à doença coronária, podem ser de origem biológica (colesterol e triglicéridos sanguíneos elevados), química (nicotina) e sociocultural (sedentarismo) (Mackay & George, 2004; Macedo & Rosa 2010).

No que se refere à história familiar de doença cardíaca, verificou-se que apenas 14,8% dos participantes tinham familiares com este tipo de doença, sendo que destes a maioria era do sexo masculino (16,8%). Estes dados corroboram os dados emanados pela Direção Geral da Saúde (2006), que aponta para uma incidência de cardiopatia congénita na população portuguesa de 5 a 12 por mil pessoas. Macedo e Rosa (2010) referem que as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte e hospitalização, em ambos os sexos, na Europa. As mais frequentes são as de origem aterosclerótica, principalmente o acidente vascular cerebral, a doença cardíaca isquémica e a insuficiência cardíaca.

Um outro resultado a que se chegou foi que 50,0% dos enfartes foram inferiores e 50,0% dos enfartes foram anteriores. Os sujeitos que apresentaram enfartes inferiores eram na maioria do sexo feminino (55,9%), enquanto os homens apresentaram maioritariamente enfartes anteriores (52,0%). Apurou-se igualmente que 41,5% dos enfartes eram com supra ST e 58,5% sem supra ST, bem como se registou um predomínio de doentes (51,1%) com doença de 1 vaso. O EAM pode manifestar-se de diferentes formas consoante o grau de obstrução. Se a obstrução for total pode manifestar-se como EAM com supra-desnivelamento do segmento ST (EAMSST); caso a mesma seja parcial pode manifestar-se como EAM sem supra-desnivelamento do segmento ST ou angina instável. A obstrução desenvolve-se rapidamente num local de lesão vascular, produzida ou facilitada por fatores irreversíveis (sexo, idade e hereditariedade) e reversíveis (obesidade, tabagismo, HTA, diabetes *mellitus*, colesterol elevado, sedentarismo). Os fatores reconhecidos de maior risco

são o tabaco, os lípidos séricos aumentados e a HTA aumentada (Sousa, 2009), sendo estes alguns dos fatores de risco em presença na amostra estudada.

No que se refere aos resultados apurados acerca da informação recebida pelos doentes sobre a finalidade da medicação, constatou-se que a maioria dos sujeitos da amostra (85,7%) afirmaram ter recebido essa informação. No que se refere ao tempo que a medicação demora a ter efeito, os dados apurados demonstraram que 42,1% dos sujeitos da amostra referiram não possuir informação, dos quais 45,7% eram mulheres, contrariamente a 57,9% que afirmaram ter demasiada informação, enquadrando-se a maior percentagem neste grupo os doentes do sexo masculino (50,0%). Foi igualmente registado um valor percentual significativo (73,6%) para o grupo de participantes que admitiram possuir demasiada informação acerca do tempo que têm para tomar a medicação, dos quais a maioria era do sexo masculino (74,3%). Continuou-se a verificar que foram as mulheres a referirem terem pouca informação sobre o tempo de demora da toma de medicação (28,6%). Quase a totalidade dos participantes (95,7%) revelaram que estão na posse de muita informação acerca de como tomar a medicação, sendo a sua maioria do sexo feminino (97,1%). A mesma situação foi apurada em relação a como conseguir mais medicação, cujos resultados revelaram que 86,4% possuía essa informação, com predomínio para o sexo masculino (89,5%).

Porém, em relação aos efeitos indesejáveis da medicação, verificou-se que mais de metade da amostra não tinha essa informação (53,6%), sendo os homens a prevalecer neste grupo (52,4%). Uma situação análoga foi a verificada quanto ao que deviam fazer quando sentissem efeitos secundários da medicação, pois 55,0% dos sujeitos não possuíam essa informação. No entanto, contrariamente ao achado anterior, a maioria das mulheres (62,9%) faz parte desse grupo de participantes.

Referente à ingestão de bebidas alcoólicas enquanto tomam a medicação, mais de metade dos sujeitos da amostra (79,3%) possuía demasiada informação, sobretudo os homens (81,0%). Ao nível da informação acerca da medicação interferir com outra medicação, verificou-se que 65,0% dos participantes não estava na posse da mesma, cujo grupo prevalecente foi o do sexo masculino (65,7%). Concluiu-se também que, no âmbito de os doentes estarem informados acerca da medicação poder provocar sonolência, 70,7% dos mesmos revelaram desconhecimento, essencialmente o grupo de participantes do sexo feminino (71,1%). A mesma situação foi reiterante para o conhecimento de a medicação afetar a vida sexual, dado que 72,1% dos sujeitos da amostra não possuía qualquer tipo de informação, continuando a ser as mulheres as menos informadas sobre o assunto (82,9%). Por fim, e no que toca ao facto de o que os doentes devem fazer caso se esqueçam de

tomar uma dose, apurou-se que 67,9% dos participantes deste estudo revelaram possuir demasiada informação, neste caso com predominância para o sexo feminino (68,6%).

Atendendo-se aos dados expostos, poder-se-á dizer que é importante o estabelecimento de um diálogo bilateral entre profissionais de saúde e doentes, como forma de o doente poder expor todas as suas dúvidas e ficar informado acerca da medicação. Assim, poder-se-á anular as dificuldades que os doentes possam sentir, resultando em maior satisfação dos mesmos. Como afirma Berry (2007), o tipo de relação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente pode influenciá-lo positiva ou negativamente em relação à doença e ao tratamento.

No que se refere às situações em que os doentes não são informados, menciona-se que esta poderá ser uma manifestação de que os profissionais de saúde, quando dão informações, fá-lo-ão de uma maneira indutiva e/ou inflexível, ignorando o tipo de informação que o doente necessita (Maguire, 2002). Provavelmente transmitem as informações de forma rotineira sem ter em conta o nível cognitivo de cada doente, as suas crenças em relação à saúde e, provavelmente, ao seu nível sociocultural (Silva et al., 2007).

A corroborar o exposto, Maldaner (2008) salienta que o profissional de saúde tem de ser colaborante, tendo como princípio orientador o foco da sua atenção na pessoa e não na doença, modificando a relação de cuidado, de modo a que o doente seja proativo e se sinta responsabilizado pelo seu tratamento. Acrescenta-se, ainda, que vários são os fatores que parecem influenciar a má prática dos profissionais de saúde, ou seja, a falta de informação, a falta de incentivos/motivação e o não demonstrar ouvirem os problemas dos doentes (Organização Mundial de Saúde, 2003).

Os dados expostos anteriormente foram corroborados com os apurados em relação à análise inferencial, dado que se apurou que os participantes do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de satisfação com a informação acerca da medicação, comparativamente com os sujeitos do sexo feminino. Contudo não se registram diferenças estatisticamente significativas, rejeitando-se a hipótese formulada.

Constatou-se que os participantes casados possuem níveis mais elevados de satisfação com a informação acerca da medicação, uma situação contrária à dos participantes divorciados, uma vez que os valores médios mais elevados foram para o primeiro grupo de sujeitos da amostra. Assim, verificou-se que esta variável interferiu estatisticamente na satisfação com a informação acerca da medicação ($p=0,021$), aceitando-se a hipótese formulada. Estes resultados poder-se-ão dever ao facto de os doentes casados irem às consultas acompanhados pelo cônjuge, provavelmente o cuidador informal, o que poderá reforçar o diálogo com os profissionais de saúde na tentativa de obter mais informações sobre o tratamento, o que se reverterá em maior satisfação.

Outro resultado a que se chegou tem a ver com o facto de os participantes que estão no ativo terem apresentado níveis mais elevados de satisfação com a informação acerca da medicação, comparativamente com os que não estão no ativo, resultando em diferenças estatisticamente significativas ($p=0,025$), traduzindo-se na aceitação da hipótese formulada. Os resultados obtidos podem ser justificados com o pressuposto de que os doentes no ativo necessitam de restabelecer a sua saúde num espaço temporal mais breve para voltarem à sua vida profissional. O facto de estes participantes, por necessitarem de trabalhar, mostram-se mais recetivos à terapêutica, como forma de lhes garantir uma melhor qualidade de vida em termos pessoais e, conseqüentemente, profissionais. Daí procurarem mais informações sobre a medicação.

Constatou-se que a escolaridade é uma variável que interferiu na variável dependente, ou seja, os participantes com alta literacia revelaram níveis mais elevados de satisfação com a informação acerca da medicação, o que resultou em diferenças estatisticamente significativas ($p=0,004$), aceitando-se a hipótese formulada. Há a salientar que, por norma, os indivíduos com mais escolaridade são os que procuram estar mais informados e provavelmente serão aqueles que melhor percecionam as informações que lhes são dadas pelos profissionais de saúde, plasmando-se em mais satisfação.

Os dados empíricos revelaram que sujeitos da amostra com um rendimento superior a 1456€ possuem níveis mais elevados de satisfação com a informação acerca da medicação, comparativamente com os que têm um rendimento inferior a 485€. A disparidade dos valores médios resultou na existência de diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento e a satisfação com a informação acerca da medicação, logo aceita-se a hipótese formulada para esta variável. Estes dados empíricos estão em consonância com o estudo realizado por Silva et al. (2007), onde se confirmou também que as classes sociais economicamente mais baixas não têm tanto acesso à informação sobre a saúde. Contudo, os dados apurados no presente estudo contraíam os alcançados por Ferreira et al. (2010), cujo estudo revelou que as pessoas com um nível socioeconómico mais elevado são aquelas que apresentam piores opiniões acerca dos profissionais de saúde.

É importante referir que compete aos profissionais de saúde um importante papel nesta área, ou seja, o de estimular o doente a fazer perguntas e a apresentar as suas dúvidas, o que se reverterá em mais informação acerca da medicação e, conseqüentemente, num nível mais elevado de satisfação face à mesma.

Um outro objetivo da presente investigação consistiu em verificar se as variáveis independentes (a idade, a funcionalidade familiar, a adesão terapêutica a informação, as capacidades comunicacionais, as atitudes e relação com o doente e o profissional de saúde)

influenciam a satisfação com a informação acerca da medicação (variável dependente). Como tal, através das regressões múltiplas, apurou-se que as variáveis independentes variam entre ($r = -0,010$) na adesão terapêutica e ($r = -0,301$) na informação. Assim sendo, registou-se uma relação significativa e de sinal negativo com a satisfação com a informação acerca da medicação, traduzindo-se na constatação de que quanto maiores os índices nas variáveis independentes mencionadas, mais baixa é a satisfação com a informação acerca da medicação.

Quanto à relação entre o grau de satisfação e as características pessoais do doente, perdura uma grande divergência de opiniões. No estudo realizado por Weiss (1988, cit. in Silva et al., 2007) são listados quatro grupos principais de determinantes da satisfação dos doentes: as suas características, incluindo as sociodemográficas, o estado de saúde e as expectativas relativamente ao tratamento; as características dos profissionais de saúde, incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a “arte do cuidado” prestado; os aspetos da relação profissional de saúde/doente, tais como: o estilo de comunicação, o resultado do encontro e, por último, os fatores estruturais e ambientais, entre outros. Um dos indicadores mais valorizados na avaliação da satisfação dos doentes é a informação que lhe é dada (Vaz, 2008). A este indicador o autor citado acrescenta a eficácia da informação acerca do tratamento e da adesão ao mesmo.

Constatou-se que a primeira variável e única variável a entrar no modelo de regressão é a informação por se apresentar com o maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r = -0,301$), deduzindo-se que quanto maior é a informação, mais saudável é a satisfação com a informação acerca da medicação. Neste sentido, poder-se-á dizer que a informação é preditora de satisfação dos doentes com Cardiopatia Isquémica em relação à medicação, podendo ser o resultado do tipo de relação estabelecido com os profissionais de saúde, assim como um efeito positivo da transmissão clara e concisa sobre a medicação, o que corrobora o mencionado por Cabral e Silva (2010).

É importante reforçar, neste âmbito, o papel dos enfermeiros que, de acordo com Moret et al. (2008), os mesmos consideram que informar o doente é parte integrante da sua missão profissional e dos cuidados que prestam, não apenas no que se refere às informações relativas às suas intervenções autónomas e interdependentes, mas também complementando as informações transmitidas pelo médico e preenchendo as lacunas existentes. Na mesma linha de pensamento, Figueiredo e Vieira (2006) referem que os enfermeiros são um grupo privilegiado na transmissão da informação. Assim sendo, não se pode ter uma visão restritiva da informação acerca dos medicamentos, caso contrário ter-se-ão doentes menos satisfeitos e, provavelmente, com menores índices de adesão à própria

terapêutica medicamentosa, não obstante o facto de a satisfação ser uma variável causal (Mcintyre, 2002).

O fornecimento de informação é um aspeto considerado básico para que o doente tome decisões conscientes sobre a sua saúde e sobre a terapêutica, permitindo que este enfrente as dificuldades e as incertezas, e mantenha a sua máxima autonomia face aos profissionais de saúde (Paúl e Fonseca, 2005).

Partilha-se da opinião de Hesbeen (2004, p. 84), quando afirma que “preparar os nossos pacientes para a escolha, ajudá-los nas suas opções, faz parte do trabalho daqueles que cuidam. Respeitaremos as suas decisões feitas livremente (...)”, de forma a satisfazer as necessidades da pessoa. Na realidade, o sujeito alvo de cuidados não é só um corpo, mas uma pessoa com todas as vertentes de âmbito psicossocial.

CONCLUSÃO

A relação de ajuda consiste em promover uma mudança no comportamento do doente, isto é, uma mudança construtiva que o leva a entender, aceitar e colaborar na sua saúde, tendo como base um clima de confiança. Deste modo, o papel do enfermeiro é oferecer ao doente, sem lhe impor os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os seus recursos pessoais, que ele utilizaria, à sua maneira, no processo de resolução do problema (Riley, 2004).

Por conseguinte, o enfermeiro nunca deve resolver os problemas do doente, mas sim orientá-lo e ajudá-lo na sua resolução, conforme as suas possibilidades. O enfermeiro deve ter vontade de ajudar, ser capaz de criar um clima sustentador de confiança, de uma comunicação acessível e, para tal, tem de adquirir atitudes e habilidades na arte da comunicação, para se estabelecer uma relação de ajuda com sucesso, envolvendo o doente no seu processo de reabilitação face à doença (Brito, 2008).

Fornecer informações, sejam elas de natureza factual ou profissional, ajuda a outra pessoa a tomar decisões. Ajuda a minimizar a ansiedade e ir ao encontro das necessidades do utente, em termos de segurança. Ao dar sugestões, o profissional de saúde deve destacar que o utente tem o direito de decidir sobre que escolhas fazer, por forma a manter a sua autonomia. Deve igualmente falar numa linguagem simples e explicar os termos técnicos, porque, conforme Maldaner (2008), alguns doentes são incapazes de compreender termos médicos, não ficando com ideias claras e concisas de como seguir a medicação. Também a altura em que a informação é fornecida, origina muitas vezes dificuldades na sua memorização e recordação posterior.

Foi neste contexto que se abordou a satisfação do doente com cardiopatia isquémica acerca da informação transmitida pelos profissionais de saúde sobre a medicação, uma vez que a adesão ao tratamento requer trabalho de equipa, envolvendo o esforço dos profissionais de saúde, mas principalmente requer a colaboração e o envolvimento da pessoa doente no cuidado de si (Maldaner, 2008).

O estudo empírico permitiu que se atingissem os objetivos traçados. Assim, concluiu-se que, dos 140 participantes com cardiopatia isquémica, a média de idades encontrada foi de 68,98 anos, sendo os participantes maioritariamente do sexo masculino. No que se refere ao estado civil, sobressaíram os sujeitos casados, com predominância do sexo masculino. Quanto à situação laboral, observou-se que a maioria dos sujeitos da amostra era

reformada, dos quais há uma prevalência dos participantes do sexo feminino, sendo a maioria dos sujeitos do sexo masculino empregados. Apurou-se que a maior percentagem de sujeitos da amostra tinha apenas a escola primária, sobressaindo os elementos do sexo masculino. Alusivo à residência, apurou-se que 55,0% dos sujeitos da amostra reside numa aldeia, com predomínio dos participantes do sexo feminino.

Relativamente ao rendimento mensal, verificou-se que prevaleceram os participantes com um rendimento mensal inferior a 450€, encontrando-se as mulheres em maioria neste grupo. Relativamente à variável coabitação, observou-se que a maioria dos sujeitos vive com conjugue/companheiro(a) estando os homens em valor percentual mais elevados. Quanto à Funcionalidade Familiar, houve uma predominância de participantes com uma família altamente funcional.

Os resultados apurados em relação às variáveis clínicas demonstram que a maioria dos doentes da amostra em estudo apresentava EAM (maior valor percentual para as mulheres), seguindo-se os que tinham Angor instável (predominância dos homens).

Verificou-se igualmente que quase todos os participantes (apresentavam fatores de risco, com maior incidência para o sexo masculino, dos quais se evidenciaram: a HTA, a dislipidémia, a obesidade, a diabetes *mellitus* e o tabagismo. No que se refere à história familiar de doença cardíaca, verificou-se que uma pequena percentagem de participantes tinha familiares com este tipo de doença, sendo que destes a maioria era do sexo masculino.

Um outro resultado a que se chegou foi que metade dos enfartes foram inferiores (maioria para o sexo feminino) e a outra metade enfartes anteriores (sobressaindo os homens). Apurou-se igualmente a presença de enfartes com e sem supra ST, bem como se registou um predomínio de doentes com doença de 1 vaso.

No que se refere aos resultados apurados acerca da informação recebida pelos doentes sobre a finalidade da medicação, constatou-se que a maioria dos sujeitos da amostra afirmou ter recebido essa informação. No que se refere ao tempo que a medicação demora a ter efeito, os dados apurados demonstraram que alguns doentes referiram não possuir informação, particularmente as mulheres, contrariamente a mais de metade dos participantes que afirmou ter demasiada informação, enquadrando-se a maior percentagem neste grupo os doentes do sexo masculino. Foi igualmente registado um valor percentual significativo para o grupo de participantes que admitiram possuir demasiada informação acerca do tempo que têm para tomar a medicação, sobretudo por parte dos homens. Continuou-se a verificar que foram as mulheres a referirem terem pouca informação sobre o tempo de demora da toma de medicação. Quase a totalidade dos participantes revelaram que estão na posse de muita informação acerca de como tomar a medicação, sendo a sua

maioria do sexo feminino. A mesma situação foi apurada em relação a como conseguir mais medicação, cujos resultados revelaram que quase todos os participantes possuíam essa informação, com predomínio para o sexo masculino.

Contudo, em relação aos efeitos indesejáveis da medicação, verificou-se que mais de metade da amostra não tinha essa informação, sobretudo os homens. Uma situação semelhante foi a verificada quanto ao que deviam fazer quando sentissem efeitos secundários da medicação, pois mais de metade dos sujeitos não possuía essa informação. No entanto, contrariamente ao achado anterior, a maioria das mulheres faz parte desse grupo de participantes.

Referente à ingestão de bebidas alcoólicas enquanto tomam a medicação, mais de metade dos sujeitos da amostra possuía demasiada informação, principalmente os homens. Ao nível da informação acerca da medicação interferir com outra medicação, apurou-se que mais de metade dos participantes não estava na posse da mesma, cujo grupo prevalecente foi o do sexo masculino. Concluiu-se também que, no âmbito de os doentes estarem informados acerca da medicação poder provocar sonolência, mais de metade dos mesmos revelaram desconhecimento, particularmente as mulheres. A mesma situação foi reiterante para o conhecimento de a medicação afetar a vida sexual, dado que uma percentagem significativa de doentes não possuía qualquer tipo de informação, continuando a ser as mulheres as menos informadas. Por fim, e no que se refere ao facto de o que os doentes devem fazer caso se esqueçam de tomar uma dose, apurou-se que a maioria dos participantes deste estudo revelou possuir demasiada informação, neste caso com predominância para o sexo feminino.

Os dados da análise inferencial demonstraram que o estado civil, a situação laboral, a escolaridade e o rendimento foram as variáveis sociodemográficas a interferir na satisfação com a informação acerca da medicação. Concluiu-se também que quanto maiores são os índices nas variáveis independentes (a idade, a funcionalidade familiar, a adesão terapêutica a informação, as capacidades comunicacionais, as atitudes e relação com o doente e o profissional de saúde), mais baixa é a satisfação com a informação acerca da medicação. Constatou-se que a primeira variável e única variável a entrar no modelo de regressão é a informação por se apresentar com o maior coeficiente de correlação em valor absoluto, deduzindo-se que quanto maior é a informação, mais saudável é a satisfação com a informação acerca da medicação.

Este trabalho é um meio privilegiado de formação, para que se possa desenvolver a própria identidade profissional, apreender-se o próprio modo de aprendizagem ou lançar-se as bases necessárias à construção dos conhecimentos profissionais. É que, ao longo do percurso de formação e de experiência profissional, tem sido sempre enfatizada a ideia que,

na profissão de enfermagem, têm de estar conjugadas três vertentes do desempenho, nomeadamente, a científica, a técnica e a relacional, ou em três dimensões do *saber*, designadamente, o *saber-fazer*, o *saber-ser* e o *saber-estar*. Por outro lado, a utilização corrente da palavra cuidar, mais ou menos correta, faz com que se pense e repense na essência da profissão.

BIBLIOGRAFIA

Abrantes, M.I.C.S. (2004). *Satisfação dos Clientes*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional de Viseu, Viseu.

Antunes, R. (2009). Classes sociais e a desigualdade na saúde. Disponível em: <http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP85Antunes.pdf>.

Augusto, A.P.R. (2011) *Relação doente/profissional de saúde e adesão terapêutica na cardiopatia isquémica*. 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra, Quarteto Editora.

Berry, D. (2007). *Health Communication. Theory and Partice*. England: Oz Graf. S.A.

Brito, A.M.S. (2008). O Acolhimento ao Utente e Família, relato da nossa Experiência, *Revista Sinais Vitais*, 77(1): 43-44.

Cabral, M.V. & Silva, P.A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Documents/Conclus%C3%B5es%20Ades%C3%A3o%20C3%A0%20Terap%C3%AAutica%20PT.pdf>.

Cardoso, A.L.S.; Tavares, A. & Plavnik, F.L. (2008). Aptidão física em uma população de pacientes hipertensos: avaliação das condições osteoarticulares visando o benefício cardiovascular. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 15(3): 125-137.

Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (2008). *Relatório sobre o progresso da igualdade de oportunidades entre mulheres e homens no trabalho, no emprego e na formação profissional*. Disponível em: http://www.cite.gov.pt/asstscite/downloads/Relat_Lei10.pdf.

Crónicas. Componentes estruturais de ação. Relatório Mundial [Disponível em <http://www.who.int/chronic-conditions/en>].

Dias, M. (2005). *A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa: Climepsi Editores.

Dicionário de Língua Portuguesa (2008). Porto: Porto Editora.

- Ferreira et al. (2010). Determinantes da Satisfação
- Ferro, M.J. (2006). Prevenção secundária do AVC. *Pathos*, 7: 8-13.
- Figueiredo, N.M.A & Vieira, A.A.B. (2006). *Emergência: atendimento e cuidados de enfermagem*. São Caetano do Sul, SP., Yendis Editora.
- Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Furtado, C. & Pereira, J. (2010). *Análise Especializada: Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Observatório Português. Lisboa. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/2010/08/04/ae-ea/>.
- Gouveia, J.R.V. (2009). *Diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo no pós enfarte agudo do miocárdio*. Braga: Universidade do Minho.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures, Lusociência.
- HO, V.J. (2009). Smoking and the risk of myocardial infarction in women and men: Longitudinal population study, *Br Med J*, 316: 1043-1998.
- INE – 4º Inquérito Nacional – 2005/2006. Base de Dados INE (2007). Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/dis/2011/03/29/709/>.
- INE – Censos 2001. Base de dados INE (2003). Disponível em: <http://www.google.pt/#hl=pt-PT&client=psy-ab&q=INE+%E2%80%93+Censos+2001>.
- Macedo, A. & Rosa, F. (2010). A síndrome coronária aguda nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Médica Portuguesa*, 23: 213-222
- Machado, M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico – representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*, Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Mackay, J. & George, A. M. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. Geneva: World Health Organization.
- Maguire, P. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *Clinical Review*. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/325/7366/697.short>.
- Maldaner, C. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crónica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre (RS), 29(4): 647-53.

Martins, J.C.A. (2008). *O direito do doente à informação contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde*, Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

MCintyre, S.E. (2002). *A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação*. Porto: Edição Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente; CCRN – Comissão da Coordenação da Região do Norte.

Nunes, L. (2001). A propósito de dever, de informar e de dever de sigilo. *Ordem dos Enfermeiros*, 2: 27-31.

Organização Mundial da Saúde (2002). *Cuidados Inovadores para Condições Crónicas. Componentes estruturais de ação*. Relatório Mundial [Disponível em <http://www.who.int/chronic-conditions/en>].

Paul, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pedroso; R.S. & Sbardelloto, G. (2008). Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: revisão teórica. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte*, Ano 4, 7: 32-35.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e procedimentos*. Loures, Lusociência.

Ribeiro, A.L.A. (2005). O Percurso da Construção e a Avaliação de um Instrumento para Avaliação da Satisfação dos Utentes em Relação aos Cuidados de Enfermagem. *Ordem dos enfermeiros*, 16: 33-65.

Riley, J.B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Loures, Lusociência.

Rocha, S.I.M. (2008). *Doença Cerebrovascular Isquémica Aguda: Avaliação de Protocolo de Trombólise. Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais*, Tese de Mestrado não publicada, Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. Universidade da Beira Interior. Faculdade e Ciências da Saúde, Covilhã.

Rocha, T.M.R. (2010). *Perfil de risco cardiovascular em amostras de estudantes do ensino secundário da Região de Lisboa, Prevalência de fatores de risco e avaliação do risco*, Tese de Mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

Sarafino, E.P. (2002). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & Sons.

Seeley, R.; Stephens, Trent, D. & Tate, P. (2005). *Anatomia e Fisiologia*. Loures: Lusociência, 2005.

Sepúlveda, M.R. (2001). A Satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na Sã Vida, Medicina Apoiada, S.A.. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2: 41-65.

Silva, A.X.; Cruz, E.A. & Melo, V. (2007). A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.12, n.º 3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300018.

Silva, T.C.B.F. (2005). *Influência da obesidade e da doença arterial coronária nos níveis séricos de estrona nas mulheres na menopausa*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo.

Sousa, J.A.C. (2003). *Aliança terapêutica em contextos de saúde: sua relação com a adesão terapêutica e com as crenças dos utentes face aos médicos e medicina*, Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga.

Sousa, K.J.J. (2009). *Qual a melhor abordagem na terapêutica secundária do enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST?* Covilhã: Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências da Saúde.

Stein, R.; Alboim, C.; Campos, C.; Mello, R.B.; Rosito, G.A. & Polanczyk, C.A. (2004). Variabilidade entre Cardiologistas na Abordagem aos Pacientes em Prevenção Secundária da Cardiopatia Isquémica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Volume 83, 3: 219-222.

Umpierre D. & Stein, R. (2007). Hemodynamic and Vascular Effects of Resistance Training: Implications for Cardiovascular Disease. *Brasileiros de Cardiologia*, 4: 45-52.

Urden, L.D.; Kathleen, M.S. & Lough, M.E. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção*. Camarate: Lusodidacta.

Vaz, C.R.O.T. (2008). *Satisfação dos Doentes Idosos face aos Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência*, Tese de Mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.

WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO.

APÊNCIDE