

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

António Filipe Sousa e Silva Correia

## **Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Insuficiência Cardíaca**



Junho, 2017



Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

António Filipe Sousa e Silva Correia

## **Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Insuficiência Cardíaca**

Dissertação realizada no âmbito da unidade curricular Relatório Final, do V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, sob orientação do Prof. Doutor António Madureira Dias



Junho, 2017



Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.  
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

(Madre Teresa de Calcutá)



## **Agradecimentos**

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

Em primeiro lugar a todas os participantes que se disponibilizaram a colaborar no estudo, aos que preencheram os questionários.

Ao meu orientador, professor doutor António Madureira Dias pela paciência e colaboração com os seus valiosos conhecimentos nas diferentes fases de elaboração do estudo. Ao professor doutor João Duarte pelo seu contributo em determinadas fases da análise dos dados.

E por fim, por serem os mais importantes, um enorme obrigado à minha esposa Helena e às minhas filhas Mariana e Catarina.



## Resumo

**Introdução:** A Insuficiência Cardíaca (IC) representa um problema grave de saúde pública que afeta globalmente mais de 20 milhões de pessoas (Jaarsma et al., 2009). A prevalência da IC tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo particularmente sentida na população mais idosa. Esta tendência parece que se irá manter no futuro devido ao aumento da esperança média de vida e dos fatores de risco para esta doença. Portugal não escapa a esta realidade, apresentando valores semelhantes aos vividos no resto do mundo.

Estudos têm demonstrado que o internamento da pessoa com IC geralmente está associado a práticas insuficientes de autocuidado, que decorrem de uma gestão ineficaz do regime terapêutico (Jaarsma et al., 2003; Britz & Dunn, 2009); e que conduzem a desequilíbrios na condição de saúde que estão na origem dos episódios de recursos ao serviço de urgência e internamentos (Britz e Dunn, 2009). Estes contribuem para um elevado consumo de recursos hospitalares, e aumento da despesa na saúde. Desta forma, é fundamental o desenvolvimento de competências de autocuidado nas pessoas com IC para o controlo, tratamento da doença, e para a gestão eficaz do regime terapêutico.

**Objetivos:** Determinar a prevalência da adesão à terapêutica farmacológica e do autocuidado na pessoa com IC, e relacioná-las com diversas variáveis, tais como: sociodemográficas, clínicas, farmacológicas, apoio familiar, estilos de vida e crenças acerca da medicação.

**Métodos:** Estudo de natureza quantitativa, descritiva correlacional, analítico e transversal, realizado com 103 doentes com IC, acompanhados em consulta médica de seguimento num hospital da zona centro do país. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário a que integrava dados sociodemográficos e clínicos, bem como as seguintes escalas: Apgar Familiar, Escala Europeia de Autocuidado na IC, Crenças acerca dos Fármacos e Medida de Adesão aos Tratamentos.

**Resultados:** Numa amostra de 103 participantes observou-se uma média de idade de 71,48 ± 11,38 anos, 61,2% (n= 63) eram do género masculino, 70,9% (n=73) viviam “com companheiro”, 89,3% tinham escolaridade “até ao “4º ano”, 63,1% (n= 63) residiam em “área rural”, 88,3% (n= 91) eram profissionalmente “inativos”, 70,9% (n= 73) auferiam um rendimento inferior a um “ordenado mínimo” e 68,0% (n= 70) referiram “não ter condições económicas para cumprir medicação e consultas”.

A prevalência da adesão farmacológica foi superior à adesão do “autocuidado adequado” (54,4% vs 43,7%).

As pessoas com IC que aderiram à medicação foram aquelas tinham uma família “altamente funcional”, por outro lado as que, possuíam uma família “altamente funcional”, tiveram 4 ou mais fatores de risco e com estilos de vida saudáveis apresentaram um adequado autocuidado.

**Conclusão:** Os resultados deste trabalho corroboram com a investigação nacional e internacional, confirmando a baixa prevalência na adesão ao tratamento farmacológico e ao autocuidado adequado da pessoa com IC.

Os resultados são consistentes com a investigação nacional e internacional, confirmando a baixa prevalência na adesão ao regime terapêutico. Alguns fatores clínicos, estilos de vida e sociofamiliares revelaram-se preditores da adesão. Todavia, não se confirmou a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e crenças e a adesão ao regime terapêutico da pessoa com IC.

**Palavras-chave:** Adesão, Autocuidado, Determinantes de Adesão, Insuficiência Cardíaca



## Abstrat

**Introduction:** Currently, heart failure (HF) represents a serious public health problem that affects globally more than 20 million people (Jaarsma et al., 2009). The prevalence of HF has been increasing in recent years and is particularly felt in the older population. This trend seems to be maintained in the future due to the increase in the average life expectancy and the risk factors for this disease. Portugal does not escape this reality, presenting values similar to those experienced in the rest of the world.

Studies have shown that hospitalization of the person with HF is usually associated with insufficient self-care practices, which result from ineffective management of the therapeutic regimen (Jaarsma et al., 2003; Britz & Dunn, 2009); And leading to imbalances in the health condition that are at the origin of the episodes of emergency and hospitalization resources (Britz and Dunn, 2009). These contribute to a high consumption of hospital resources, and an increase in health expenditure. Thus, the development of self-care skills in people with HF is essential for the control, treatment of the disease, and for the effective management of the therapeutic regimen.

**Objectives:** To determine the prevalence of adherence to pharmacological therapy and self-care in people with HF, trying to relate them to several variables, such as sociodemographic, clinical, pharmacological, family support, lifestyles and beliefs about medication.

**Methods:** A quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study was carried out with 103 patients with HF, followed up at a follow-up medical visit at a hospital in the central region. Data collection was done through a questionnaire that included socio-demographic and clinical data, as well as the following scales: Family Apgar, European Self-Care Scale in HF, Drug Beliefs and Treatment Adherence Measure.

**Results:** A mean age of  $71.48 \pm 11.38$  years was observed in a sample of 103 participants, 61.2% (n = 63) were males, 70.9% (n = 73) lived "with a partner", 89,3% had studied "until the 4th grade", 63,1% (n= 63) lived in "rural areas", 88.3% (n = 91) were professionally "inactive", 70, 9% (n = 73) had an income lower than a "minimum wage" and 68.0% (n = 70) reported "not having the economic conditions to comply with medication and consultations".

The prevalence of pharmacological adherence was higher than adherence to "adequate self-care" (54.4% vs 43.7%).

People with HF who adhered to the medication were those who had a "highly functional" family, however, they had 4 or more risk factors and healthy lifestyles showed adequate self-care.

**Conclusion:** The results of this study corroborate national and international research, confirming the low prevalence of adherence to pharmacological treatment and adequate self-care of the person with HF.

The results are consistent with national and international research, confirming the low prevalence of adherence to the therapeutic regimen. Some clinical, lifestyle and socio-familiar factors were predictors of adherence. However, the relationship between sociodemographic, clinical and belief variables and adherence to the therapeutic regimen of the person with HF was not confirmed.

**Key words:** Adherence, Self-care, Determinants of adherence, Heart Failure



## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>12</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo 1- Insuficiência Cardíaca.....</b>	<b>15</b>
1.1 - Epidemiologia, etiologia e fisiopatologia .....	16
1.2 - Manifestações clínicas, diagnóstico e prognóstico .....	17
1.3 - Tratamento.....	19
1.4 - Qualidade de vida e estado funcional na pessoa com IC.....	20
<b>Capítulo 2- Adesão ao Regime Terapêutico .....</b>	<b>22</b>
2.1 - Determinantes da adesão à terapêutica .....	26
2.2 - Quantificar a adesão à terapêutica .....	28
2.3 - Consequências da não adesão à terapêutica.....	30
2.4 - Intervenções na adesão à terapêutica.....	31
<b>Capítulo 3- Autocuidado na Insuficiência Cardíaca .....</b>	<b>34</b>
3.1 - O autocuidado.....	34
3.2 - A teoria do autocuidado de Orem .....	35
3.3 - Autocuidado na doença crónica.....	38
3.4 - Orientações para o autocuidado na IC .....	39
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>43</b>
<b>Capítulo 1 – Metodologia.....</b>	<b>43</b>
1.1 - Questões de investigação.....	43
1.2 - Tipo de estudo .....	44
1.3 - População e amostra .....	45
1.4 - Instrumento de colheita de dados.....	46
1.5 - Procedimentos na recolha de dados .....	66
1.6 - Aspectos éticos.....	66
1.7 - Procedimentos no tratamento dos dados .....	66

<b>Capítulo 2 – Resultados.....</b>	<b>70</b>
2.1 - Caraterização sociodemográfica da amostra.....	70
2.2 - Caracterização clínica da amostra.....	73
2.3 - Caracterização da terapêutica farmacológica.....	76
2.4 - Caracterização dos estilos de vida .....	78
2.5 - Caracterização familiar .....	80
2.6 - Caracterização das crenças acerca dos fármacos .....	81
2.7 - Caracterização da adesão ao regime terapêutico .....	81
2.8 - Avaliação da adesão ao regime terapêutico.....	84
2.9 - Variáveis sociodemográficas e a adesão ao regime terapêutico.....	84
2.10 - Variáveis clínicas e a adesão ao regime terapêutico.....	86
2.11 - Variáveis farmacológicas e a adesão ao regime terapêutico farmacológico .....	88
2.12 - Variáveis familiares e a adesão ao regime terapêutico.....	89
2.13 - Variáveis relacionadas com as crenças acerca da medicação e a adesão farmacológica .....	91
2.14 - Estilos de vida e a adesão ao autocuidado.....	91
<b>Capítulo 3 – Discussão .....</b>	<b>94</b>
3.1 - Prevalência da adesão ao regime terapêutico.....	94
3.2 - Variáveis sociodemográficas e a adesão ao regime terapêutico.....	95
3.3 - Variáveis clínicas e a adesão ao regime terapêutico .....	97
3.4 - Variáveis farmacológicas e a adesão ao regime terapêutico.....	98
3.5 - Variáveis familiares e a adesão ao regime terapêutico.....	99
3.6 - Crenças acerca da medicação e a adesão farmacológica .....	99
3.7 - Estilos de vida e a adesão ao autocuidado.....	100
<b>Conclusões .....</b>	<b>101</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>117</b>

Anexo 1 - Instrumento de colheita de dados: Questionário .....	118
Anexo 2 - Autorização do conselho de administração .....	126
Anexo 3 - Parecer da comissão de ética .....	127
Anexo 4 - Consentimento informado.....	128
Anexo 5 - Autorização para utilização de EHFScBS .....	129

### **Lista de Quadros**

Quadro 1 - Classificação da IC de acordo com sintomas .....	19
Quadro 2 - Diferenças entre os conceitos Compliance e Adherence.....	24
Quadro 3 - Taxonomia e definições de adesão à terapêutica.....	25
Quadro 4 - Métodos diretos e indiretos para medição da adesão.....	29
Quadro 5 - Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia na IC .....	42

### **Lista de Tabelas**

Tabela 1 - Consistência interna da MAT.....	48
Tabela 2 - Correlação de Pearson entre os itens e o valor global do MAT .....	49
Tabela 3 - Consistência interna da escala de crenças acerca dos medicamentos	50
Tabela 4 - Análise fatorial em componentes principais da escala de crenças acerca dos medicamentos.....	51
Tabela 5 - Consistência interna e correlação por item das “sub-escalas” .....	52
Tabela 6 - Matriz de correlação entre os itens e a dimensão necessidade específica .....	52
Tabela 7 - Matriz de correlação entre os itens e a dimensão preocupações específicas .....	53
Tabela 8 - Avaliação da normalidade dos itens .....	53
Tabela 9 - Valores estimados, rácios críticos e valor de p. ....	54
Tabela 10 - Valor da análise fatorial confirmatória da escala de crenças sobre os medicamentos.....	55

Tabela 11 - Consistência interna da EHFSBS com 12 itens .....	57
Tabela 12 - Consistência interna da EHFSBS com 9 itens .....	57
Tabela 13 - Análise fatorial em componentes principais da EHFSBS com 12 itens .....	58
Tabela 14 - Análise fatorial em componentes principais da EHFSBS com 9 itens .....	59
Tabela 15 - Avaliação da normalidade dos itens .....	59
Tabela 16 - Valores estimados, rácios críticos e valor de p.....	60
Tabela 17 - Valor da análise fatorial confirmatória da escala de crenças sobre os medicamentos .....	61
Tabela 18 - Dimensões da EHFSBS após análise fatorial confirmatória .....	61
Tabela 19 - Consistência interna da escala de Apgar Familiar.....	62
Tabela 20 - Matriz de correlação entre os itens e o valor global da escala de Apgar Familiar .....	63
Tabela 21 - Consistência interna da escala dos estilos de vida.....	65
Tabela 22 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do sexo .....	72
Tabela 23 - Caracterização clínica da amostra em função do sexo .....	75
Tabela 24 - Conhecimento sobre o efeito da medicação habitual na perspetiva da pessoa com IC .....	77
Tabela 25 - Numero total de comprimidos diários da amostra.....	77
Tabela 26 - Perceção da pessoa com IC sobre a medicação.....	78
Tabela 27 - Custos com a medicação.....	78
Tabela 28 - Estatísticas relativas aos estilos de vida.....	79
Tabela 29 - Caracterização dos estilos de vida .....	79
Tabela 30 - Caracterização familiar .....	80
Tabela 31 - Estatísticas relativas ao Apgar familiar .....	80
Tabela 32 - Estatísticas relativas às crenças acerca dos fármacos.....	81
Tabela 33 - Estatística da adesão à terapêutica farmacológica.....	81
Tabela 34 - Distribuição de respostas por cada item da EHFSBS.....	82

Tabela 35 - Estatística do valor global da EHFS <sub>c</sub> BS.....	83
Tabela 36 - Prevalência da adesão ao regime terapêutico .....	84
Tabela 37 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão ao regime terapêutico .....	86
Tabela 38 - Relação entre as variáveis clínicas e a adesão ao tratamento farmacológico.....	88
Tabela 39 - Percepção sobre a medicação na visão do doente e a adesão à terapêutica .....	89
Tabela 40 - Regressão linear simples entre a adesão ao tratamento farmacológico e tipo de família .....	90
Tabela 41 - Regressão linear simples entre o autocuidado e o tipo de família .....	90
Tabela 42 - Regressão linear múltipla entre as dimensões da escala de crenças dos medicamentos e a adesão à terapêutica farmacológica.....	91
Tabela 43 - Regressão linear simples entre os estilos de vida e a adesão ao autocuidado na IC.....	92

### **Lista de figuras**

Figura 1- Representação esquemática da relação entre as variáveis.....	45
Figura 2- Modelo da escala de crenças sobre os medicamentos.....	54
Figura 3- Modelo inicial das dimensões da EHFS <sub>c</sub> BS.....	60
Figura 4- Modelo com eliminação dos itens 5 e 12 da EHFS <sub>c</sub> BS .....	61
Figura 5- Variáveis estatisticamente significativas e a adesão ao regime terapêutico farmacológico.....	92
Figura 6- Variáveis estatisticamente significativas e a adesão ao regime terapêutico autocuidado.....	93



**Lista de siglas**

ACPM – American College of Preventive Medicine

CABG – Coronary Artery Bypass Grafting

CDI – Cardio Desfibrilhador Implantável

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRTD – Terapia Resincronização Cardíaca com Desfibrilhador

CV – Coeficiente de Variação

Ed. – Edição

EHFScBS – European Heart Failure Self-care Behaviour Scale

FE – Fração de ejeção

GFI – Goodness of Fit Index

HTA – Hipertensão Arterial

IC – Insuficiência Cardíaca

IMC – Índice de Massa Corporal

MAT – Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos

n – Frequência absoluta

NYHA – New York Heart Association

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCI – Intervenção Coronária Percutânea

PMD – Pacemaker Definitivo

CR – Rácio Crítico

RMSR – Root Mean Square Residual

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

TDAE – Teoria Défice Autocuidado de Enfermagem

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

Vs – Versus

WHO – World Health Organization



## **Introdução**

As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de mortalidade no nosso país, pelo que é uma área de intervenção que deve ser considerada como prioritária. Esta caracteriza-se por estar associada ao estilo de vida, pelo que tem um enorme potencial de intervenção para os enfermeiros enquanto agentes promotores de estilos de vida saudáveis. Depois de instalada a doença, continua a ser necessário o controlo dos fatores de risco cardiovascular (obesidade, tabagismo, sedentarismo, diabetes e hipertensão) assim como a adesão ao regime terapêutico (farmacológico e autocuidado).

Uma vez que se tem verificado que os doentes frequentemente não aderem ao regime terapêutico, nomeadamente adoção de estilos de vida saudável, controlo de fatores de risco e cumprimento medicamentoso, é crucial compreender o nível de adesão e os fatores que o determinam.

A adesão ao regime terapêutico é um fator determinante para reduzir a morbilidade e mortalidade, para aumentar a qualidade de vida, e para evitar o excesso da utilização dos serviços de saúde, o que acarreta elevados custos.

Pela sua especificidade a pessoa com Insuficiência Cardíaca (IC) geralmente necessita de regimes medicamentosos longos, bem como mudança de estilos de vida, tal como alterar o regime alimentar, deixar de fumar e praticar exercício físico regular e ainda o seguimento nas consultas de “follow-up”.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Ministério da Saúde, 2012), no ano de 2009, os sinais e sintomas associados à descompensação da IC, foram a quinta causa de internamentos potencialmente evitáveis. Estes internamentos potencialmente evitáveis podem refletir o défice de competências da pessoa com IC no domínio do autocuidado e gestão do regime terapêutico, motivo pelo qual, torna-se fundamental para a abordagem terapêutica desenvolvida pelos enfermeiros, caracterizar o comportamento de autocuidado da pessoa com IC.

O conhecimento do doente acerca da doença e sua progressão bem como a perceção que a mesma gera no quotidiano quer pelo tipo de tratamento quer pelo impacto social, profissional, económico e familiar condiciona o seu comportamento de autocuidado numa situação de doença crónica.

O autocuidado assume-se como um conjunto de atividades tomadas pelos indivíduos, família ou comunidade com a intenção de melhorar a saúde e prevenir ou limitar a doença e restaurar a saúde, emergindo estas atividades do conhecimento e competências obtidas através dos profissionais de saúde e do contexto do dia-a-dia dos indivíduos (WHO, 1983).

O autocuidado pode ser concebido como as atividades auto-iniciadas pela pessoa, que visam a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar contínuo. Cada pessoa tem o direito e a responsabilidade de cuidar de si mesmo mas, perante um problema de saúde, é possível que as capacidades usuais sejam insuficientes para lidar com a situação, o que gera um défice de autocuidado. Neste cenário, torna-se necessária a intervenção de outras pessoas, como os enfermeiros ou a família, que procuram compensar aqueles défices (Orem, 1983).

Uma revisão sistemática da literatura demonstrou que grande parte das pessoas com IC apresentam défices de autocuidado em diferentes aspetos e contextos, sendo importante a atuação dos profissionais de saúde para a realização de práticas educativas direcionadas para o acompanhamento e seguimento, tendo com principal objetivo capacitar, treinar, melhorar e avaliar constantemente as habilidade de autocuidado promovendo a educação em saúde destas pessoas (Pereira, 2014).

A relevância da adesão ao tratamento é indiscutível, pois desta depende a prevenção de uma patologia, o sucesso do tratamento proposto e o controle de uma condição crónica.

Parece inegável a pertinência desta temática, para a investigação, dada a relevância que a mesma desempenha na atualidade. Contextualizada desta forma, emerge a seguinte questão: **Que fatores interferem na adesão ao regime terapêutico da pessoa com IC?**

Para obter resposta a esta questão, delineou-se os seguintes objetivos: (a) determinar a prevalência da adesão ao regime terapêutico da pessoa com Insuficiência Cardíaca e (b) relacionar a influência de fatores sociodemográficos, clínicos, farmacológicos, apoio familiar, crenças acerca da medicação e estilos de vida na adesão ao regime terapêutico da pessoa com IC.

Este relatório está dividido em duas partes. A primeira consiste na revisão da literatura, nacional e internacional, permitindo desta forma contextualizar o problema em estudo. A revisão teórica encontra-se dividida em três capítulos principais. No primeiro faz-se uma abordagem da importância que a IC tem assumido no panorama da saúde a nível nacional e internacional e as suas implicações na capacidade de resposta a nível das organizações de saúde. Caracterizou-se a IC quanto à definição, epidemiologia, fisiopatologia, etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico, prognóstico e tratamento. No segundo e terceiro capítulo

são abordados todos os aspetos que dizem respeito ao problema da adesão ao regime terapêutico, definido esta como o somatório da adesão farmacológica e o autocuidado na pessoa com IC.

A segunda parte encontra-se subdividida em quatro capítulos. O primeiro está relacionado com os aspetos metodológicos, onde é descrito o tipo de estudo, os participantes e sua caracterização, os instrumentos de avaliação, os procedimentos de recolha de dados e as medidas estatísticas utilizadas na análise. O segundo reporta-se à apresentação dos resultados e o terceiro à discussão dos resultados, à luz da literatura nacional e internacional. No último capítulo, são apresentadas as conclusões mais relevantes, as principais limitações e as suas implicações na prática do cuidar.

Na parte final do relatório apresenta-se a lista de referências bibliográficas e um conjunto de documentos em anexo, designadamente o questionário e respetivas autorizações para a sua aplicação.



## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **Capítulo 1- Insuficiência Cardíaca**

A IC é considerada um sério problema de saúde não só para o doente e sua família como também para a sociedade, uma vez que contribui de forma acentuada para os enormes custos associados aos cuidados dos doentes (Van der Wal et al., 2006).

A IC é uma patologia em que existe uma anormalidade da estrutura ou função cardíaca responsável pela incapacidade do coração em promover o esvaziamento ou enchimento das cavidades num grau proporcional às necessidades do metabolismo (Braunwald, 2006), o que leva à falha de fornecimento de oxigénio a uma taxa compatível com as exigências dos tecidos (McMurray, 2012). Segundo Yancy et al (2013) a IC é uma síndrome clínica crónica, progressiva, em que o músculo cardíaco não consegue bombear sangue suficiente do coração para atender as necessidades metabólicas ou tecidulares.

A IC é descrita essencialmente pela sua história clínica e pela medição da fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo. A FE é importante na IC, não só pela sua importância prognóstica (quanto menor a FE, menor é a sobrevida), mas também porque é um dos critérios mais relevantes para a randomização de doentes para os ensaios clínicos (McMurray et al, 2012).

Pessoas com IC e FE menor que 35% são classificados com o diagnóstico de IC com reduzida FE. Pessoas com IC e FE entre os 35-50%, mas que não tiveram uma redução importante na função sistólica, são classificados como IC com FE preservada, estes apresentam muito provavelmente, uma disfunção sistólica leve. Este diagnóstico é mais difícil do que o diagnóstico de IC com reduzida FE, porque é em grande parte realizado por exclusão, ou seja, potenciais causas não-cardíacas de sintomas da pessoa (como anemia ou doença pulmonar crónica) devem ser primeiro pesquisadas. Geralmente estas pessoas não têm um coração dilatado e muitos têm um aumento na espessura da parede do ventrículo esquerdo e aumento da aurícula esquerda. A maioria tem evidências de disfunção diastólica, que é geralmente aceita como a causa provável de IC nesses doentes, daí o termo "IC diastólica" (McMurray et al, 2012).

### 1.1 - Epidemiologia, etiologia e fisiopatologia

A IC é mais comum no idoso, sendo provável que a sua prevalência continue a aumentar, uma vez que a esperança média de vida continua a aumentar (Braunwald, 2006). Segundo Davies (2001) e McMurray et al (2012), a IC apresenta uma prevalência de cerca de 2% nos países desenvolvidos. A prevalência é superior a 10% na população com idade igual ou superior a 70 anos (McMurray et al, 2012). Esta tendência deve-se essencialmente ao envelhecimento da população, que para além de viver cada vez mais anos, sobrevive mais à patologia coronária, que por vezes é uma das principais causas para o desenvolvimento de IC (Davenport et al., 2006).

Segundo o estudo EPICA (Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem) a prevalência de IC crónica na população portuguesa é de 4,36% em adultos com mais de 25 anos, sendo 4,33% nos homens e 4,38% nas mulheres. Estes valores aumentam com a idade, com uma prevalência de 1,36% nos indivíduos com idades compreendidas entre 25 - 49 anos e 2,93% entre os 50 - 59 anos a contrastar com uma prevalência de 7,63% entre os 60 - 69 anos, 12,67% entre os 70 - 79 anos e 16,14% nos com mais de 80 anos (Ceia et al., 2002).

Num estudo posterior realizado na população da Madeira as conclusões a que chegaram foram semelhantes. A prevalência nesta população foi de 4,69%, portanto semelhante à encontrada em Portugal Continental. A diferença entre sexos foi mais acentuada, sendo de 3,53% nos homens e 5,58% nas mulheres. A prevalência nos indivíduos com idades compreendidas entre 25 e 49 anos foi de 1,24%, entre os 50 e 59 anos foi de 6,17%, entre 60 e 69 anos foi de 7,62%, entre os 70 e 79 anos foi de 13,32%, com idades superiores a 80 anos, a prevalência foi de 14,34% (Ceia et al., 2005).

A IC pode ser causada pela maioria das cardiopatias. No entanto, na Europa Ocidental e EUA, a cardiopatia isquémica é responsável por 75% do total de casos (Braunwald, 2006). Segundo McMurray et al (2012) a cardiopatia isquémica é causa de dois terços da IC sistólica. A segunda causa principal para a IC é a miocardiopatia. As causas menos frequentes são as cardiopatias congénitas, valvulares e hipertensivas. A identificação da causa da IC é muito importante pois algumas delas são potencialmente tratáveis (Braunwald, 2006).

Além de identificar a causa é importante identificar o fator precipitante. As causas precipitantes mais comuns são: infeção, arritmias, excesso de exercício físico, alimentar/hidrico, ambiental e emocional, enfarte do miocárdio, embolia pulmonar, anemia, tireotoxicose e gravidez, agravamento da HTA, miocardites reumática, viral ou outras formas e endocardite infecciosas (Braunwald, 2006).

A IC é uma síndrome causada por uma patologia do músculo cardíaco ou por uma condição não-cardíaca que aumenta o trabalho da bomba cardíaca. Quando alguma destas

condições, cardíaca ou não-cardíaca, se instala, ocorre ativação de várias hormonas. Em função do seu efeito final, as hormonas podem ser divididas em vasoconstritoras, vasodilatadoras e citocinas. As hormonas vasoconstritoras têm efeitos antinatriuréticos/antidiuréticos e são responsáveis pela proliferação celular. As vasodilatadoras são natriuréticas/diuréticas e têm efeitos antimitogénicos. Apesar da ativação das substâncias vasodilatadoras, os mecanismos responsáveis pela vasoconstrição e pela retenção de líquidos são dominantes (Spinarova et al, 2007).

Esta resposta hormonal com predomínio de efeitos vasoconstritores, têm como objetivo a retenção de água e sódio. A retenção visa contrariar a instalação da IC. Ao reter água e sódio, ocorre um aumento da pressão ventricular, permitindo que o débito cardíaco seja mantido na fase inicial da doença. Contudo, este aumento de líquidos para tentar compensar o fraco desempenho da bomba cardíaca vai ter consequências a longo prazo, ocorrendo várias alterações no nosso corpo. No coração, os ventrículos sofrem alterações na forma e tamanho, hipertrofiando-se. Esta hipertrofia dá-se com o aumento do tamanho dos cardiomiócitos, sem haver aumento no seu número. O excesso de líquido retido irá acumular-se noutros locais do corpo, formando-se edemas (Yancy et al, 2013).

No decurso da doença devido às citocinas pró-inflamatórias ocorre perda muscular, diminuição da contractilidade e hipertrofia do miocárdio. Quanto maior a sua produção, maior a limitação à prática de exercício e o desenvolvimento de caquexia, sendo portanto níveis mais elevados observados em estágio mais avançados da IC (NYHA 4). Podendo então afirmar-se que umas das consequências da progressão da IC são as alterações músculo-esqueléticas (Spinarova et al, 2007).

A IC pode estar associada a diferentes alterações cardíacas. Pode ser descrita como sistólica Vs diastólica, de alto débito Vs baixo débito, direita Vs esquerda e anterógrada ou retrógrada. Esta caracterização é particularmente útil no início das manifestações clínicas pois ajuda a direcionar o tratamento, no entanto tendem a tornar-se indistintas com a evolução da doença (Braunwald, 2006).

## 1.2 - Manifestações clínicas, diagnóstico e prognóstico

As manifestações clínicas podem ser várias, desde dispneia, ortopneia, dispneia paroxística (noturna), respiração de Cheyne-Stokes, fadiga e fraqueza, sintomas abdominais (anorexia e náuseas), sintomas cerebrais (confusão, deficit de memória, cefaleia, insónia e ansiedade), estertores pulmonares, edema cardíaco, hidrotórax, ascite, hepatomegalia

congestiva e icterícia (Braunwald, 2006). Edemas periféricos também são um sinal de IC, resultantes da retenção de líquidos e sua consequente acumulação (Swedberg et al., 2005).

Para diagnosticar a IC é necessário um estudo da estrutura funcional e anomalias cardíacas. Na sua definição terão de estar presentes todos os sintomas acima mencionados, assim como, presença de disfunção cardíaca em repouso (Azevedo et al., 2007). São realizados exames físicos (história do doente) em combinação com outros meios complementares de diagnóstico (por exemplo análise sanguínea, ECG, ecocardiograma, radiografia) (Yancy et al, 2013). A terapêutica farmacológica embora não sendo um indicador isolado no diagnóstico, deverá genericamente contribuir na melhoria dos sintomas (Azevedo et al., 2007).

Os doentes com IC poderão esperar uma trajetória caracterizada por períodos de saúde relativa seguidos de períodos de descompensação aguda da doença. Esta oscilação entre a condição crónica e aguda tem como consequência a perda de qualidade de vida do doente como a sobrecarga de recursos nos sistemas de saúde (Leventhal et al., 2005).

Diversas variáveis fornecem informações sobre o prognóstico, tais como idade, etiologia, classe NYHA, FE, co-morbilidades presentes (disfunção renal, diabetes, anemia, hiperuricemia) e concentração plasmática de peptídeo natriurético. Claramente, essas variáveis mudam ao longo do tempo, assim como o prognóstico. A avaliação do prognóstico é particularmente importante quando se aconselha pacientes sobre dispositivos e cirurgia (incluindo transplante) e no planeamento de cuidados ao final de vida com a pessoa com IC, sua família e cuidadores (McMurray et al, 2012).

O prognóstico da IC é normalmente difícil de definir devido às várias etiologias, às morbilidades frequentes, às limitações no estudo dos mecanismos fisiopatológicos, à variabilidade individual na progressão da doença e resultados (IC aguda vs morte por IC crónica), como também a eficácia dos tratamentos (Swedberg et al., 2005).

### **Classificação da New York Heart Association**

A New York Heart Association (NYHA) publicou, em 1928, uma classificação de pacientes com doença cardíaca baseada na severidade da clínica e do prognóstico (Quadro 1). Em 1994 foi publicada uma revisão desta classificação, elaborada por um comité da American Heart Association. A classificação NYHA para a IC apresenta as seguintes fases (Swedberg et al., 2005):

Quadro 1 - Classificação da IC de acordo com sintomas

<b>Classe</b>	<b>Definição</b>
Classe I	Nenhuma limitação: exercícios físicos comuns não causam fadiga, dispneia ou palpitações
Classe II	Limitação ligeira das atividades físicas: assintomático em repouso mas atividades comuns causam fadiga, dispneia ou palpitações
Classe III	Limitação acentuada das atividades físicas: assintomático em repouso mas sintomático para pequenos esforços Marcada limitação de atividade física. Confortável em repouso, mas esforços menores associados as atividades comuns causam fadiga, palpitação ou dispneia.
Classe IV	Sintomático em repouso com agravamento dos sintomas para o mínimo esforço. Não é possível realizar qualquer atividade física sem desconforto. Existem sintomas de IC em repouso. Se qualquer atividade física é realizada o desconforto aumenta.

Fonte: Adaptado de “Guidelines for the diagnosis and treatment of Chronic Heart Failure: executive summary (update 2005)” pp. 1120.

### 1.3 - Tratamento

A IC é uma patologia crónica e progressiva que afeta as pessoas na sua qualidade de vida, provocando limitações funcionais que levam à diminuição da capacidade para realizar as atividades do quotidiano, tornando-se uma das complicações cardiovasculares de maior impacto socioeconómico, devido à elevada morbilidade na população mundial. O tratamento na IC deve ser centrado na prevenção através do controlo das doenças que conduzem às disfunções cardíacas e na educação/modificação do estilo de vida para evitar a progressão da IC. Com efeito, o desenvolvimento da disfunção ventricular poderá ser atrasado ou prevenido com tratamento das condições que levam à IC, particularmente em doentes hipertensos e/ou doença das artérias coronárias (Swedberg et al., 2005).

Uma vez instalada a disfunção, o objetivo incide na eliminação, se possível, das causas subjacentes e que conduzem à disfunção ventricular (por exemplo isquemia, substâncias tóxicas, álcool, drogas, e doenças da tiróide) estudando os benefícios ou malefícios da intervenção. Quando a eliminação destas causas não seja possível, considera-se de extrema importância a prevenção ou atraso da disfunção do ventrículo esquerdo que aumentará o risco de morte súbita e desenvolvimento da IC.

O tratamento da IC causada pela disfunção do ventrículo esquerdo inclui recomendações farmacológicas, dispositivos mecânicos, cirurgia, como também recomendações não farmacológicas. Nestas últimas, salientam-se a educação do doente e família, monitorização do peso, dieta, aconselhamento farmacológico da medicação

específica da doença, assim como, fármacos a evitar, tabaco, obesidade, repouso, exercício, entre outras (Swedberg et al., 2005).

O tratamento farmacológico da IC está baseado principalmente nas recomendações das Sociedades Americanas e Europeias, com recurso a diferentes fármacos, tais como: diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, betabloqueadores, aldosterona, espirolactona e digitálicos. Na fase aguda da doença é comum, a administração de oxigenoterapia e de drogas intravenosas como vasodilatadores, vasopressores, opióides e diuréticos (McMurray et al., 2012; Yancy et al., 2013).

Estudos demonstram que as causas de internamento da pessoa com IC geralmente estão associadas a práticas insuficientes de autocuidado, que decorrem de uma gestão ineficaz do regime terapêutico e que conduzem a desequilíbrios na condição de saúde que estão na origem dos episódios de recursos ao serviço de urgência e internamentos (Jaarsma et al., 2003; Britz & Dunn, 2009).

O défice de competências de autocuidado nestas pessoas está na origem do elevado consumo de recursos hospitalares, por agudização e conseqüente recurso ao serviço de urgência e internamento (Gallagher et al., 2011).

Por isto, o tratamento da IC deve também focar-se nas práticas de autocuidado que traduzam ações destinadas a manter a estabilidade da doença, reduzindo o número de hospitalizações e a mortalidade, evitando comportamentos conducentes ao agravamento da situação e à deteção precoce dos sintomas de descompensação (Ditewig et al., 2010; Van der Wal et al., 2010).

A pessoa com IC enfrenta muitos obstáculos no seu autocuidado, nomeadamente, limitações físicas, falta de conhecimento acerca da doença, dificuldades na obtenção de apoio social e emocional (While & Kiek, 2009).

#### 1.4 - Qualidade de vida e estado funcional na pessoa com IC

A IC é uma patologia crónica e progressiva que afeta a qualidade de vida das pessoas, provocando limitações funcionais que levam à diminuição da capacidade para realizar as atividades do quotidiano (Swedberg et al., 2005).

A IC é uma doença com uma trajetória imprevisível e é difícil identificar um ponto específico no qual se deve considerar cuidados paliativos. No entanto, devem ser considerados os cuidados paliativos nas seguintes situações (McMurray et al., 2012):

- Admissões hospitalares frequentes ou outros episódios graves de descompensação apesar do tratamento otimizado;

- Impedimento do transplante cardíaco e do suporte circulatório mecânico;

- Má qualidade de vida persistente com sintomas da classe IV da NYHA;

- Caquexia/ baixa albumina sérica;

- Dependência na maioria das atividades da vida diária;

- Considerado clinicamente em estado terminal.

Nesta fase da doença, o foco deve ser melhorar a qualidade de vida, o controle dos sintomas, a detecção precoce, o tratamento de episódios de agudização e a busca de uma abordagem holística do atendimento ao doente, abrangendo aspectos físicos, psicológicos, sociais e bem-estar espiritual. A ligação entre o serviço especializado de cuidados paliativos e o cardiologista assistente e/ou os cuidados de saúde primários, utilizando uma abordagem de cuidados partilhados, é necessária para abordar e coordenar os cuidados dos doentes de forma ótima (McMurray et al, 2012).



## Capítulo 2- Adesão ao Regime Terapêutico

Nas últimas décadas tem-se assistido a um aumento da esperança média de vida, fruto de vários contributos, um deles avanços nos tratamentos de doenças e da investigação farmacológica. Este facto provocou alterações demográficas e consequente aumento da população idosa que se traduz por isso, no aumento de doenças crónicas (Gonçalves, 2009).

O tratamento das doenças crónicas inclui normalmente prescrição farmacológica a longo prazo (Brown, 2011). Por sua vez, estas representam um enorme peso económico para o SNS e subsistemas. As doenças crónicas são um problema médico, esperando-se do doente um papel ativo no processo de gestão das mesmas. No alcance desse objetivo, será necessário o entendimento das tendências e padrões da doença por parte dos mesmos de forma a conseguirem manter a qualidade de vida (Holman, 2000).

A pessoa portadora de doença crónica tem de saber identificar os sintomas e desconforto associados à sua doença, no sentido de diferenciá-los do surgimento de uma nova doença e de manter a sua qualidade de vida. O insucesso na gestão da doença crónica pode resultar na perceção da doença como incontrolável e com consequências negativas. Uma meta análise demonstrou que a pessoa com IC que entende a sua doença como severa e com mais consequências, encontra-se associado a resultados clínicos indesejáveis, ao invés de entender a mesma de forma positiva (Bonsaksen, 2013).

Neste sentido o modelo de cuidados deve ser centrado no doente, em que o objetivo das consultas entre doente e profissional de saúde possa contribuir para o *empower* e assistência aos mesmos com o seu regime terapêutico. As opções de tratamento tornaram-se cada vez mais complicadas e exigentes para os doentes sendo que, a avaliação de como estes abordam e comprometem com o tratamento ainda se encontra limitada.

O conceito de *health care empowerment* define-se como o processo em que o doente se encontra comprometido, informado, colaborativo e tolerante perante as incertezas dos cuidados de saúde. Este modelo baseia-se na ação recíproca dos fatores sociais, culturais, ambientais, recursos pessoais e fatores intrapessoais que interagem na influência do desenvolvimento e manutenção do *empowerment* nos cuidados de saúde (Johnson, 2011).

A educação para a saúde dos doentes assume um papel fundamental com objetivo de melhorar as suas capacidades na gestão da sua doença como parte integrante de qualquer programa de gestão de doenças (Dickson, 2007). No entanto, na altura do diagnóstico a maioria dos doentes não se encontra recetivo na educação, uma vez que a doença pode provocar uma situação de crise (Stull, 1999). Este pressuposto assume que a educação

melhora o conhecimento e conseqüentemente aumentam os cuidados com a saúde, incluindo melhorias de adesão farmacológica e não farmacológica (Stromberg, 2005). Contudo, a melhoria do conhecimento não demonstra necessariamente correlação direta com a melhoria da adesão (Ni, 1999).

Os profissionais de saúde têm de adotar uma abordagem centrada no doente, no sentido da assistência aos mesmos na sua gestão da doença, contudo torna-se particularmente difícil a abordagem anterior, uma vez que a prática clínica, tanto os cuidados de saúde diferenciados como os primários, encontram-se orientados e organizados na resposta à doença aguda, assumindo culturalmente que os doentes tomam a iniciativa e ações, enfatizando o alívio de sintomas em detrimento da avaliação e melhoria das funcionalidades (Wagner, 1997).

Desta forma o fenómeno da não adesão ao tratamento torna-se motivo de preocupação por parte da comunidade científica, sendo considerado como um problema mundial. (WHO, 2003).

A terminologia sobre este assunto tem evoluído ao longo do tempo. A primeira alusão à adesão terapêutica na medicina moderna surge em 1882 e pertence a Robert Koch. Este afirmava que os doentes com tuberculose eram viciosos, descuidados e irresponsáveis (Haynes, Taylor & Sackett, 1979; Cramer et al., 2008; Vrijens et al., 2012).

Correntemente são usados vários termos relacionados com este assunto. Por exemplo, compliance (cumprimento), adherence (adesão), persistence (persistência) e concordance (concordância), são utilizadas para definir diferentes aspetos, nomeadamente, seguimento de prescrições médicas e a toma da medicação de forma adequada (Vrijens et al., 2012)

Os termos compliance (cumprimento) e adherence (adesão) são os, usualmente, mais utilizados. Mesmo tendo significados diferentes, são muitas vezes usados de forma indiscriminada. Esta diferença não é meramente uma questão de semântica, pelo contrário, a diferença é crucial, pois o termo compliance coloca os médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde em desacordo com os doentes e a adherence coloca-os em parceria. No Quadro 2 apresentam-se as diferenças entre esses dois conceitos (Gould & Mitty, 2010).

Quadro 2 - Diferenças entre os conceitos Compliance e Adherence

<b>Compliance</b>	<b>Adherence</b>
Centrada no profissional de saúde	Centrada no doente
Dominação do profissional de saúde	Colaboração profissional de saúde-doente
As informações são ditadas	As informações são trocadas
Objetivo: obediência do doente	Objetivo: autodeterminação, automestria do doente
As atividades são impostas	Atividades são negociadas
As regras são ditadas	Regras combinadas ao estilo de vida
Persuadir, coagir	Discutir, negociar, motivar
A resistência não é tolerada	A resistência fornece informações para a adaptação

Fonte: Adaptado de Gould e Mitty (2010).

Os termos compliance e adherence estão associados a uma atitude passiva por parte da pessoa com IC. O significado atribuído a concordance leva ainda mais longe a relação profissional de saúde/doente para uma decisão partilhada, tornando-a numa parceria (partnership) em que os dois são especialistas e encontram em conjunto a melhor forma de tratamento. Esta é da co-responsabilidade de ambos, mas o doente é um decisor e deverá fazer uma escolha esclarecida e responsável (Cramer et al., 2008; Nemes et al., 2009; Vrijens et al., 2012).

O conceito de adesão foi sofrendo alterações ao longo do tempo. A noção de compliance é um conceito ultrapassado e deve ser abandonado como uma prática clínica no tratamento médico, dado que está conotado com dependência e culpa e não permite impulsionar o doente para a consecução dos melhores resultados clínicos (Gould & Mitty, 2010).

A adesão pode ser definida como o comportamento relacionado com a saúde, que cumpre as recomendações de um médico ou de outro profissional de saúde, assim como de um investigador num projeto. Desta forma, a palavra adesão tem sido utilizada, no sentido de evitar a associação com a palavra compliance, de certa forma, autoritária, usada para descrever este comportamento na prática médica e epidemiologia clínica (Porta, 2008).

A palavra adesão é normalmente mais bem aceite pelos profissionais da saúde, uma vez que, a palavra compliance sugere que o doente cumpra passivamente as ordens do seu médico, esquecendo que o plano de tratamento deve ser baseado numa dicotomia terapêutica entre médico e doente (Osterberg & Blaschke, 2005). A adesão a qualquer regime terapêutico

reflete comportamentos de vários tipos, como por exemplo a procura médica, a toma apropriada de medicação, a procura da imunização, a manutenção de doenças crónicas, a higiene pessoal, entre outros (WHO, 2003).

A utilização destes dois termos gera muitas vezes confusão, uma vez que não são claros ou de tradução direta. Vrijens et al, (2012) sugerem uma nova taxonomia. Esta assenta em três elementos, fazendo a distinção entre os processos da descrição das ações e das rotinas estabelecidas, são eles: adesão à medicação; gestão da adesão e ciências relacionadas com a adesão. Os termos e definições encontram-se resumidos no Quadro 3:

Quadro 3 - Taxonomia e definições de adesão à terapêutica

Taxonomia	Definição
Adesão à medicação	<p>O processo pelo qual, os doentes fazem a sua medicação conforme prescrita, composta pela iniciação, implementação e descontinuação.</p> <p>A iniciação ocorre quando o doente faz a primeira dose da medicação prescrita.</p> <p>A descontinuação ocorre quando o doente interrompe a medicação prescrita por qualquer razão.</p> <p>A implementação é a extensão em que dose atual do doente corresponde ao regime de doses prescritas, do início até à última dose.</p> <p>A Persistência é o espaço de tempo entre a iniciação e a última dose, que precede a descontinuação.</p>
Gestão da adesão	<p>Consiste no processo de monitorização e apoio ao doente na adesão à medicação, através dos sistemas de cuidados de saúde e redes sociais dos doentes.</p>
Ciências relacionadas com a adesão	<p>As disciplinas que procuram um entendimento das causas ou consequências das diferenças entre prescrições e exposições atuais aos medicamentos.</p>

Fonte: adaptado de Vrijens et al., (2012)

Até aos dias de hoje, não existe uma terminologia única para definição de adesão, pelo que a investigação neste campo foi sendo baseada em várias perspetivas (biomédica, ecológica, comportamental), havendo obviamente diferenças entre elas resultando por isso, nos vários termos e conceitos. De destacar ainda, que os múltiplos comportamentos e dimensões físicas, traduzem-se num impedimento para a utilização de um único termo capaz de englobar as necessidades desta área (Vrijens et al., 2012).

O processo de adesão ao tratamento é um processo complexo no qual intervêm muitos fatores, pelo que surgiram várias teorias centradas em diferentes vertentes do processo e em diferentes perspetivas para tentar dar resposta a esta questão (Munro et al., 2007).

## 2.1 - Determinantes da adesão à terapêutica

A compreensão da não adesão requer a identificação das suas causas. Estas são muito frequentemente múltiplas, pelo que, a não adesão a medicamentos pode ser intencional ou não intencional. A não adesão intencional pode ser considerada como um processo ativo em que o doente assume a opção de se desviar das indicações médicas, sendo que, poderá ser uma decisão racional, em que o mesmo confronta os riscos e benefícios em relação aos efeitos adversos. Por outro lado, a não adesão não intencional traduz-se num processo passivo em que o doente pode ser descuidado e esquecido da adesão ao tratamento (Ho et al., 2009).

Os fatores podem ser de vários tipos: a nível do sistema de cuidados de saúde (incluindo os profissionais de saúde), a nível do próprio doente, da sua patologia e do tipo de tratamento (Ho et al., 2009).

As condições socioeconómicas, são outro dos determinantes na adesão à terapêutica, tais como a idade, sexo, baixa literacia, preço dos tratamentos, estatuto socioeconómico, condição perante o trabalho e apoio social e familiar (WHO, 2003). Alguns estudos apontam os fatores socioeconómicos como uma das principais causas que podem comprometer a adesão ao tratamento. Nos países em desenvolvimento verifica-se que o indivíduo de baixo estatuto socioeconómico se confronta com a problemática em optar por prioridades, que incluem os limitados recursos disponíveis para satisfazer as necessidades do seu núcleo familiar (Bugalho & Carneiro, 2004; Ho et al., 2009).

No âmbito socioeconómico são considerados outros fatores tais como: o analfabetismo, baixa literacia, o baixo nível de escolaridade, o desemprego, os custos elevados da medicação e a falta de redes de apoio social (WHO, 2003; Desai & Choudhry, 2013).

A existência de um núcleo familiar estruturado, bem como o apoio adequado das redes sociais em que se insere, podem influenciar o comportamento do doente e este revelar maiores índices de adesão ao esquema terapêutico (Bugalho & Carneiro, 2004; Ho et al., 2009; Desai & Choudhry, 2013).

Scheurer et al (2012) identificaram quatro categorias de apoio social: apoio estrutural, apoio prático, apoio emocional e apoio global. O apoio estrutural, refere-se ao estado civil, condições de vida e tamanho da rede social. O apoio prático, reporta-se à ajuda aos doentes através do pagamento da medicação, renovação das receitas na farmácia, leitura de rótulos, colocação da medicação em dispositivos (caixa semanal) e disponibilização de transporte. No

que se refere a apoio emocional, refere-se a encorajamento e confiança, ouvindo e oferecendo apoio espiritual e apoio global, definido como qualquer combinação das três estruturas de apoio (Scheurer et al., 2012).

Os profissionais e serviços de saúde são igualmente um determinante a considerar, sendo que, se pode enumerar a pobre relação profissional de saúde/doente, o sistema de participação, a disponibilidade dos medicamentos, a formação de profissionais de saúde, os incentivos aos profissionais de saúde para monitorização das doenças crónicas, a duração da consulta médica e a capacidade de seguimento (WHO, 2003).

Os enfermeiros assumem um papel pedagógico fundamental junto do doente, no sentido de compreender as suas dificuldades, motivar e promover um processo relacional que permita garantir o sucesso do tratamento proposto, atuando como agente facilitador da adaptação da pessoa à sua condição de saúde, nomeadamente nos seus comportamentos de autocuidado e, conseqüentemente, na forma como gere a sua situação de saúde (Camarneiro, 2002).

A adesão pode ser influenciada pelas políticas e procedimentos do próprio sistema de saúde, nomeadamente a disponibilidade e acessibilidade de serviços, apoio à educação, gestão da informação, meios de divulgação de informação e tipo de serviços fornecidos (Barbosa et al, 2012).

A forma como os profissionais de saúde comunicam com o doente é essencial para a construção da confiança do doente, sendo esta fundamental para conduzir à adesão ao plano de tratamento e, conseqüentemente, potencia um melhor controlo da doença crónica (Cabral & Silva, 2010; ACPM, 2011; Barbosa et al., 2012).

A adesão também depende de algumas características da doença, sendo a gravidade da doença e a existência de sintomas severos, impacto na qualidade de vida, progressão da patologia, possibilidade de cura, comorbilidades (por exemplo o alcoolismo, depressão) (WHO, 2003). Alguns estudos concluíram que os doentes crónicos assintomáticos, frequentemente não aderem ao tratamento (Bugalho & Carneiro, 2004). Um dos aspetos relacionados com a não adesão, como a adoção de medidas preventivas de complicações crónicas, é a ausência de sintomatologia, o que conduz a uma menor perceção da gravidade da doença e suscetibilidade a complicações.

Engloba complexidade do regime terapêutico, duração do tratamento, insucesso terapêutico anterior, alterações na terapêutica, efeitos adversos, custo, posologia, polimedicação, e tempo necessário até efeito benéfico.

Em relação às características individuais do doente, os determinantes dizem respeito a deficiências físicas/ cognitivas, desordens mentais, conhecimento e aceitação da patologia, confiança no tratamento, motivação para o tratamento, receio de efeitos adversos, mais novos e frustração. Estes fatores representam os recursos, conhecimento, atitudes, crenças, percepções e expectativas do doente (WHO, 2003).

Características individuais do doente como a idade, o sexo, a escolaridade, a ocupação, o rendimento, o estado civil, a raça, a religião, a etnia e a residência não foram definitivamente associados com a adesão (Bugalho & Carneiro, 2004; Cabral & Silva, 2010; Desai & Choudhry, 2013).

A idade é uma das características em que os estudos não são conclusivos. Em alguns estudos a não adesão ao tratamento tende a agravar-se com o envelhecimento. Os doentes mais idosos constituem um grupo mais suscetível a este fenómeno por apresentarem comorbidade elevada e consequentemente acumulam diversos regimes terapêuticos (Cabral & Silva, 2010; Gellad et al, 2011). No entanto, outros estudos registaram maiores índices de incumprimento em doentes mais jovens em relação aos idosos, contribuindo para esta situação a falta de supervisão, a maior autonomia, a autoimagem e as influências sociais (Bowry et al., 2011).

## 2.2 - Quantificar a adesão à terapêutica

A quantificação da adesão medicamentosa constitui a base para a sua classificação. Esta informa acerca do processo de gestão da adesão (Vrijens et al., 2012).

A não adesão pode manifestar-se de várias formas, sendo a mais frequente a omissão de doses (Bugalho & Carneiro, 2004; Osterberg & Blaschke, 2005; Cabral & Silva, 2010).

As três componentes mensuráveis da adesão à terapêutica são iniciação, implementação e descontinuação, estas são o alvo da quantificação. Sumariamente, as estatísticas mais frequentemente utilizadas na quantificação da implementação de uma terapêutica durante um intervalo de tempo definido são: a proporção de fármacos prescritos; proporção de dias com o número de tomas corretas das doses; proporção das doses tomadas à hora correta numa relação entre o intervalo de tempo da prescrição definida e as doses sucessivas; distribuição dos intervalos inter doses; número de *drug holidays* e por último o intervalo mais longo entre duas doses (Vrijens et al., 2012).

### Métodos de Avaliação da Adesão à Terapêutica

Os métodos utilizados para a medição poderão classificar-se em diretos e indiretos possuindo cada um deles, vantagens e desvantagens (Quadro 4) e não sendo nenhum considerado consensualmente *gold standard* (Osterberg & Blaschke, 2005).

Quadro 4 - Métodos diretos e indiretos para medição da adesão

	Métodos	Vantagens	Desvantagens
Diretos	Observação direta da administração da terapêutica	Objetivo Maior precisão	Impraticável para uso na rotina; Doentes podem esconder os comprimidos na boca e depois rejeitá-los
	Medição da concentração do fármaco ou do seu metabolito no sangue	Objetivo Permite determinação exata da concentração do medicamento	Desvantagem das variações do metabolismo, podendo indicar uma falsa impressão de adesão, Falsa impressão de adesão Dispendioso
	Medição de um biomarcador no sangue	Objetivo Possibilidade de ser utilizado em ensaios clínicos na medição do placebo	Dispendiosos Colheira de fluídos corporais (sangue, urina)
Indiretos	Questionários auto declarados	Simplicidade Baixo custo Método mais útil na clínica	Suscetibilidade para vieses (por exemplo a memória) Dados facilmente adulterados pelo doente, de acordo com o seu desejo de reportar uma adesão otimista ao seu médico Superestima a taxa real de adesão
	Contagem de comprimidos	Usado em ensaios clínicos Objetividade e quantificação, sendo também de fácil operacionalização	Suscetibilidade de alteração dos dados pelo doente, (por exemplo retirar comprimidos antes da visita) Não traduz a hora da toma
	Taxas de recargas de prescrição	Objetivo Medição precisa e global de adesão	Trabalhoso Requer programas informáticos e de centralização dos registos e das farmácias, A aquisição da medicação não equivale à toma da medicação Método mais eficaz em sistemas de saúde fechados
	Avaliação da resposta clínica dos pacientes,	Método simples Barato Fácil operacionalização	A resposta clínica não pode ser baseada apenas na adesão, outros fatores além da adesão ao tratamento podem afetar a resposta clínica
	Monitorização eletrónica	Precisão Os resultados são facilmente quantificáveis Identificação de padrões de utilização.	Dispendioso Requer visitas constantes para realizar o <i>download</i> dos dados do dispositivo Não confirma se os comprimidos são ingeridos
	Diários dos doentes	Método simples Objetivo Auxílio na correção da “má memória”	Suscetibilidade de poder ser totalmente alterável e distorcido pelo doente

Fonte: Adaptado de Osterberg e Blaschke (2005)

Cada um dos métodos descritos enquadra consigo vantagens e desvantagens, pelo que, a utilização de um método específico para medir a adesão à terapêutica, dependerá do cenário clínico e disponibilidade de dados (Ho et al., 2009).

Em conclusão, medir a adesão à terapêutica fornece informação útil na qual a monitorização isolada dos resultados poderá não proporcionar, no entanto, trata-se apenas da estimativa do comportamento atual do doente. Muitos dos métodos para medir a adesão são de facto dispendiosos, ou dependem de informação tecnológica (por exemplo as bases de dados farmácia), não sendo viável em vários países. Uma abordagem com múltiplos métodos combinando a auto declaração fiável com medidas objetivas razoáveis, traduz-se no corrente estado da arte na medição do comportamento na adesão à terapêutica (WHO, 2003)

### 2.3 - Consequências da não adesão à terapêutica

Segundo Ho et al., (2009), vários estudos observacionais demonstram que a medicação em ensaios clínicos exibiu eficácia e por isso, torna-se importante avaliar a efetividade dessa medicação na rotina da prática clínica.

Com efeito, a adesão à terapêutica assume-se como determinante primário na efetividade de um tratamento, sendo que, uma fraca adesão atenua os benefícios clínicos (WHO, 2003). Para Shi et al., (2010), este problema pode traduzir-se em custos elevados tanto para a economia de um país, como também, sobretudo para o doente, no sentido em que, conduz ao agravamento das patologias, reações adversas aos medicamentos, hospitalizações/re-hospitalizações, consultas de urgência.

De realçar que a mesma questão está associada aos doentes idosos, pelo que, os mesmos sofrem frequentemente de comorbilidades múltiplas, podendo a fraca ou não adesão à medicação resultar em efeitos deletérios traduzindo-se numa oportunidade perdida para o efeito do tratamento (Garfield et al., 2011). Várias revisões realizadas ao longo do tempo, foram demonstrando que a adesão à terapêutica em doentes crónicos e em países desenvolvidos ronda apenas os 50% (WHO, 2003).

A American Society on Aging e a American Society of consultant Pharmacists Foundation, salientam o impacto da não adesão à medicação, esta conta por exemplo com mais de 10% de admissões hospitalares em adultos mais velhos, sendo que, próximo de 25% referem-se a admissões de lares de idosos e 20% de efeitos adversos à medicação, em regime de ambulatório, sendo estes evitáveis (Darbishire et al., 2012). No entanto, uma grande

percentagem de pacientes com todas as idades e com diferentes doenças não adere às instruções terapêuticas (Hovstadius & Petersson, 2011).

O impacto da fraca adesão à terapêutica revela genericamente um aumento, à medida que as doenças crónicas também têm essa evolução em todo o mundo, sendo o desenvolvimento da resistência às terapias, um assunto de saúde pública relacionado com a pobre adesão à terapêutica e outros fatores. Os anos de vida perdidos em consequência de uma mortalidade precoce, e os custos na saúde atribuídos à morbilidade passível de prevenção, são fatores exemplo da fraca adesão terapêutica (WHO, 2003).

Pinto e Pisco (2007), referem que a baixa adesão à medicação pode ser responsável por uma progressão mais rápida da doença, maior morbilidade e mortalidade e custos acrescidos para o sistema de saúde. Para além disso, no caso da HTA, o seu controlo nas 24 horas do dia reduz o risco cardiovascular. Por outro lado, estima-se que a adesão à terapêutica dos doentes hipertensos se situe entre 50 e 70%, sendo uma das principais causas de HTA não controlada.

Com efeito, está demonstrada a forte evidência, de que muitos doentes com doenças crónicas por exemplo Asma, Hipertensão, Diabetes e VIH/Sida, exibem dificuldades na adesão à sua terapia. A fraca adesão resulta por isso, e como já foi sendo referido, em complicações médicas e psicológicas reduzindo a qualidade de vida e conduzindo a desperdício de recursos nos cuidados de saúde. Estas consequências diretas e em conjunto, prejudicam a capacidade dos sistemas de saúde em todo o mundo no alcance do objetivo final, sendo este, o da saúde das populações (WHO, 2003).

#### 2.4 - Intervenções na adesão à terapêutica

A não da adesão à terapêutica é reconhecida como um dos grandes desafios que os profissionais de saúde enfrentam. No sentido de atenuar o seu impacto, torna-se essencial a identificação dos problemas de uma forma personalizada, ajudando a pessoa a ultrapassar eventuais constrangimentos que possam existir, através de intervenções eficazes, que só o serão se forem adaptadas às necessidades da pessoa e à sua situação (Santos & José, 2011).

Para Santos et al., (2010), no sentido de melhorar a adesão dos dentes à terapêutica, podem ser adotados dois tipos de intervenções: as educacionais, em que se fornece informação acerca da medicação e da doença, nomeadamente através de programas educacionais; e as comportamentais, que pretendem que o doente incorpore na sua rotina diária mecanismos de adaptação que facilitem o cumprimento do regime terapêutico proposto,

através do aconselhamento e fomento de medidas como sistemas de alerta, reforço positivo pelo cumprimento do regime proposto assim como pelo controlo da doença e obtenção de metas em termos de ganhos em saúde.

As intervenções na adesão à terapêutica são focalizadas no doente e nos sistemas de saúde. Vários programas têm demonstrado bons resultados quando usadas equipas com abordagens a vários níveis (WHO, 2003).

De acordo com várias revisões sistemáticas na adesão terapêutica, nenhuma intervenção tendo como alvo o comportamento do doente, se diz efetiva, e muitos dos métodos na melhoria dos comportamento na adesão, utilizam uma combinação de estratégias como a educação do doente, as habilidades comportamentais, a auto recompensa, o apoio social e o *follow-up* telefónico. Várias combinações das técnicas enunciadas demonstram, a curto prazo, o aumento da adesão e melhoraria dos resultados dos tratamentos, contudo, a longo prazo, mesmo intervenções eficazes e focadas no doente, não demonstram efeitos consideráveis do comportamento na adesão à terapêutica (WHO, 2003).

A intervenção para melhorar a adesão ao tratamento de ir além da consultoria. Melhorando a motivação intrínseca do doente aumenta a sua perceção da importância da adesão, assim como, fortalece a confiança nos benefícios do tratamento. Por outro lado, intervenções focadas em doenças particulares necessitam abordar as influências e os determinantes mais importantes, tendo em conta os vários fatores. Protocolos destinados a doentes com patologias específicas poderão ser elaborados para irem ao encontro das necessidades dos mesmos, pelo que, a pesquisa futura, deverá passar pela clarificação do modo ou modos de disseminar essas intervenções na adesão (WHO, 2003)

A relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente é crucial para a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, existindo autores que defendem que a adesão do doente depende da sua vinculação (relação de proximidade que estabelece com o profissional de saúde). Assim, indivíduos com uma vinculação segura teriam melhor adesão ao autocuidado (Camarneiro, 2002; Santos et al., 2010).

O processo de adesão ao tratamento está fortemente ligado à vinculação e à comunicação funcional. O Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão de Ley, ajuda a compreender e a melhorar a adesão ao regime terapêutico. Este modelo de comunicação correlaciona a compreensão, a memória e a satisfação do doente em relação à informação que lhe é fornecida na consulta, sendo possível prever a adesão ao regime terapêutico a partir da combinação dessas três variáveis (Camarneiro, 2002).

Ainda segundo Camarneiro (2002), a compreensão da informação dada acerca da doença no que se refere à sua etiologia, gravidade, localização e processos terapêuticos, é crucial para melhorar a adesão às indicações propostas. Para além disso, a memória é essencial para a adesão, melhorando desta forma com a cedência de informação escrita. Assim, a capacidade mnésica é influenciada não só pela idade do doente mas por muitos outros fatores como a ansiedade, os conhecimentos na área da saúde, o nível intelectual, a importância das afirmações, o efeito de primazia e o número de afirmações.

## Capítulo 3- Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

### 3.1 - O autocuidado

Apesar do tema autocuidado não ser novo para a enfermagem, não será fácil apresentares argumentos que demonstrem que o Autocuidado não tem tido até agora o relevo que merece. Já Florence Nightingale reconhecia a importância do autocuidado dentro da família, tendo escrito um livro que influenciou a evolução do mesmo enquanto fator promotor da saúde, –“Notes on Nursing: what it is, and what it is not”. Dorothea Orem foi quem contribuiu mais para o constructo Autocuidado, sobretudo, mas não apenas, para a disciplina de enfermagem. Orem considerava o Autocuidado como a prática de atividades que as pessoas com, ou em processo de maturação, iniciam e realizam, dentro de um marco temporal concreto, para o seu próprio benefício, para a preservação da vida, funções saudáveis, contínuo desenvolvimento pessoal e bem-estar pessoal (Cavanagh, 1993 e Orem, 2001).

O autocuidado pode ser definido como um conjunto de atividades tomadas pelos indivíduo, família ou comunidade com a intenção de melhorar a saúde, prevenir ou limitar a doença e restaurar a saúde, derivando estas atividades do conhecimento e competências obtidas através de profissionais e da experiência de vida. São atividades realizadas por leigos sobre a sua própria saúde independente ou em colaboração com os profissionais de saúde (WHO, 1983).

Da análise de oitenta descrições de autocuidado, oriundas de seis disciplinas do conhecimento, Gantz identificou quatro características: (1) autocuidado é um conceito situacional e cultural, (2) envolve a capacidade de agir e tomar decisões, (3) é influenciado pelo conhecimento, competências, valores, motivação, locus de controlo e eficácia e (4) toma por foco aspetos dos cuidados de saúde sobre o controlo individual (Gantz, 1990).

O autocuidado encontra-se centrado no desenvolvimento e uso de práticas pessoais de saúde, competências de *coping*, tomada de decisão, procura de aconselhamento e uso dos recursos pessoais na gestão dos problemas de saúde (Mcgowan, 2002).

O autocuidado pode ser definido como “Atividade executada pelo próprio com as seguintes características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (CIPE, 2005).

### 3.2 - A teoria do autocuidado de Orem

Orem desenvolveu a Teoria Défice Autocuidado de Enfermagem (TDAE) entre 1959 e 1985, considerando-a uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas, que são: 1) a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; 2) a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2002; Foster et al, 2000).

A Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a real autonomização, designamos por atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002).

A Teoria do Autocuidado de Orem, é uma teoria fundamental na forma como conceptualizamos a enfermagem, tendo esta teórica dedicado muito do seu tempo a compreender o significado da enfermagem. A sua experiência em unidades de internamento e na direção de uma escola de enfermagem foram determinantes para tentar procurar resposta ao trabalho dos enfermeiros. O que fazem, o que deveriam fazer e porque fazem o que fazem os enfermeiros e que resultados obtêm, são as questões que orientaram os seus trabalhos.

Os pressupostos de Orem sobre o ser humano são (Orem, 1991):

- Todos os seres humanos têm o potencial para desenvolver conhecimentos e competências e de manter a motivação necessária para o autocuidado e para o cuidado com os membros dependentes;
- A forma de satisfação das necessidades de autocuidado tem uma componente cultural, social e individual;
- As ações de autocuidado são planeadas em função do que se pretende e requerem intencionalidade. São condicionadas pelo conhecimento, habilidades e baseadas na premissa que os indivíduos sabem quando precisam de realizar ações específicas e quando necessitam de pedir ajuda;
- Os indivíduos procuram saber e desenvolvem formas de satisfazer as necessidades de autocuidado.

A ideia central da Teoria do Défice de Autocuidado é que a necessidade de cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde, pelo que estas limitações deixam-nas completa ou parcialmente incapazes de cuidar de si próprias ou dos seus dependentes. Esta noção constitui a essência da teoria geral do défice de autocuidado, uma vez que determina a necessidade da intervenção de enfermagem quando as exigências de autocuidado são maiores do que a capacidade da pessoa para desenvolver esse mesmo autocuidado. O défice de autocuidado, apesar de ser um conceito abstrato, quando expresso em termos de limitações de ação, ajuda a compreender o papel da pessoa no autocuidado e fornece orientações para a seleção das intervenções de enfermagem que o auxiliem (Tomey & Alligood, 2002).

A teoria identifica cinco métodos de ajuda no déficit de autocuidado: Agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação, ensinar o outro (Orem, 2001).

O modelo autocuidado de Orem contempla três tipos de requisitos:

- Requisitos Universais de Autocuidado
- Requisitos de Desenvolvimento
- Requisitos de Autocuidado no Desvio da Saúde

Os Requisitos Universais de Autocuidado são a componente principal do modelo. Estes abrangem os elementos físicos e psicológicos, sociais e espirituais essenciais à vida. Os primeiros requisitos equivalem à base da pirâmide de Maslow e são fundamentais para a manutenção da vida e das funções corporais. Depois os relativos à interação social e, por fim, os que mais se relacionarão com este trabalho, reportam-se à prevenção dos perigos para a vida, funcionamento e bem-estar e, ainda, a promoção do funcionamento e desenvolvimento dentro do grupo social de acordo com o potencial, limitação e desejo de normalidade. Este requisito implica a procura da ação apropriada quando a pessoa está perante um problema de saúde, emocional ou outro. As exigências do autocuidado devem estar equilibradas com as capacidades dos indivíduos, havendo necessidade de intervenção profissional quando tal não acontece (Orem, 1991).

Os requisitos de desenvolvimento são todos aqueles que promovem os processos de vida e maturação e previnem as condições perniciosas que a possam dificultar (Tomey & Alligood, 2002), ou seja, estão associados a um evento particular como seja o casamento ou um novo trabalho.

O terceiro tipo de requisitos está relacionado com a pessoa perante situações de doença. Quando falamos em autocuidado na doença crónica é predominantemente a este tipo de requisitos que nos referimos, embora as limitações impostas pela doença possam afetar o desempenho, impondo limitações aos requisitos universais de autocuidado. Estas circunstâncias surgem contextualizadas e a pessoa que se confronta com uma situação de doença encontra-se numa etapa de desenvolvimento e perante condições que a vão afetar, nomeadamente a própria doença (Tomey & Alligood, 2002).

Perante a situação de doença criam-se novas exigências que vão desde a necessidade de procurar ajuda profissional ao estar consciente das consequências a que a doença poderá conduzir, a necessidade de realizar medidas de diagnóstico, tratamento e reabilitação, efeitos secundários do tratamento, modificação do autoconceito e autoimagem, aceitando-se como um ser com determinado estado de saúde e necessidade de cuidados de saúde, e aprender a viver com os efeitos e condições impostas pela doença, assim como medidas diagnósticas e terapêuticas, com um estilo de vida que permita o desenvolvimento continuado (Orem, 1991).

Orem identificou os três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem, que são: 1) sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui o indivíduo no autocuidado; 2) sistema parcialmente compensatório, quando o indivíduo apenas precisa da enfermagem para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si só; e 3) apoio-educativo, quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações (Orem, 2001).

Nesta lógica, Orem identificou cinco métodos que os enfermeiros podem utilizar em combinação ou isoladamente quando cuidam da pessoa, que são: executar ou agir, substituindo-a naquilo que ela não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinar (Tomey & Alligood, 2002).

Para Orem, o processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer um planeamento e intervir. O método para conduzir este processo obedece aos seguintes critérios: determinação dos requisitos de autocuidado; determinação da competência para o autocuidado; determinação da necessidade terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro; e o planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Esta teoria permite compreender a natureza dos seres humanos, a sua interação com o ambiente e o impacto que essa interação tem na saúde das pessoas, ajuda a planear a prática clínica e a definir quais as intervenções que melhoram a saúde e o bem-estar das pessoas.

### 3.3 - Autocuidado na doença crónica

A necessidade de cuidados, na pessoa com doença crónica, varia em função da gravidade da situação e da capacidade da pessoa para a sua resolução. O espectro do cuidado varia desde 0 por cento de autocuidado (máximo de independência) até 100 por cento de cuidado profissional, mediada por contribuições em proporções variáveis do indivíduo, família e cuidadores profissionais. O contributo dos profissionais de saúde e dos Sistemas de Saúde para o autocuidado passa pela criação de ambientes e estruturas de apoio e suporte para melhorar a qualidade de vida dos doentes crónicos e a manutenção da sua perceção de utilidade para a sociedade.

Num estudo sobre como a gestão do autocuidado é apreendida e experienciada pelos doentes crónicos, chegou-se à conclusão que estes percecionam a tomada de decisão para o autocuidado como um processo complexo, que ocorre dentro da trajetória da doença, cultura de cuidados de saúde e um significado de vida único. Todos os doentes entrevistados referiam a obrigação de assumir o controlo, mediando os efeitos da doença, para que pudessem viver o mais normal possível. A necessidade de sintonização com os profissionais sobre os aspetos específicos da doença sobre a qual são tomadas decisões e avaliação permanente das decisões de autocuidado, são dois dos aspetos relevantes neste estudo. Os critérios de avaliação usados pelos doentes são medidas qualitativas, que incluem a opinião dos profissionais e *standards* individuais como o bem-estar espiritual, e quantitativas, como bio marcadores (Thorne et al, 2003).

A compreensão dos fatores socioculturais e políticos na vivência do autocuidado na doença crónica é determinante para os profissionais desenvolverem estratégias mais efetivas para melhorar a saúde dos pacientes. Reforça, ainda, a necessidade da produção de mais conhecimento sobre os fatores que influenciam a capacidade para a eficácia da autogestão, contributo fundamental para que os profissionais possam adequar estratégias de suporte (Cagle, 2004).

### 3.4 - Orientações para o autocuidado na IC

A pessoa com IC necessita de um conjunto de comportamentos adequados. As orientações indispensáveis para a gestão do regime terapêutico são: restrição de sódio e líquidos, controlo diário do peso corporal; monitorização e interpretação dos sintomas de deterioração clínica da doença, prática de exercícios físicos; adesão e gestão eficaz do regime terapêutico e comportamentos preventivos de imunização (McMurray *et al*, 2012; Yancy *et al*, 2013).

#### **Restrição de sódio e líquidos**

O sódio está intimamente relacionado com a retenção de líquidos. A ingestão excessiva de sódio aumenta a sobrecarga hídrica, sendo uma das principais causas de hospitalizações. Não existe um consenso sobre o nível ideal de ingestão de sódio para a pessoa com IC. No entanto é unânime o entendimento que a quantidade varia em função da classe NYHA. Para pessoas com IC clinicamente estáveis (NYHA classe I e II e sem edema periférico), o consumo de sódio não deve ultrapassar as 3 g por dia. Para doentes nas classes III e IV que necessitam de regime diurético a ingestão sódica deve ser restringida a 2 g por dia (Yancy *et al*, 2013). No entanto existe alguma polémica sobre o benefício na restrição de sódio na dieta da pessoa com IC. Dieta com baixo teor de sódio (2 g) foi associado à redução de ingestão de proteína, ferro, zinco, selenio, vitamina B12, e aumento da ativação neuro-hormonal, o que pode ser prejudicial para estado nutricional do paciente. Dieta com 6,6 g de sódio reduziu ativação neuro-hormonal. Restrição da ingestão de sódio para 3 g só beneficiou pacientes com IC avançada. Dieta com teor normal de sódio foi associada à melhor evolução, e em metanálise a restrição de sódio aumentou mortalidade. (Bocchi *et al.*, 2012). A restrição hídrica deve ser de acordo com a condição clínica da pessoa e deve ter em consideração a dose de diurético preconizado (Bocchi *et al.*, 2009).

Os profissionais de saúde devem para além de questionar a pessoa com IC e seus familiares sobre o tipo de alimentação que fazem, procurar intencionalmente sobre os hábitos alimentares, uma vez que grande parte da ingestão de sódio advém de alimentos processados e pré-embalados (Heart Failure Practice Guideline, 2010)

A ingestão média de líquidos recomendada é de 1,5 até 2 litros por dia em doentes sintomáticos (Heart Failure Practice Guideline, 2010). As pessoas com IC ou seus familiares devem ser encorajados a registarem diariamente a quantidade de líquidos que bebem (Bocchi *et al.*, 2009).

A orientação para o domicílio quanto à avaliação do peso diário tem um papel importante na identificação dos sinais de hipervolemia ou perda de peso acentuada (Yancy et al, 2013). As pessoas com IC devem ser orientados a verificar o peso pela manhã após irem à casa de banho, sem roupas, em jejum e utilizando a mesma balança. Também devem ser instruídos que um ganho de peso constante ao longo de um certo número de dias pode indicar retenção hídrica. Se este ganho de peso é superior a 2 quilos em relação a dois dias, deverão contactar os profissionais de saúde. Por outro lado, quando perdem uma quantidade similar de peso em relação ao mesmo período devem contactar a equipa de enfermagem ou médica que o acompanham (Heart Failure Practice Guideline, 2010).

### **Sinais e sintomas de descompensação**

Estudos científicos demonstram que as pessoas com IC toleram alguns sintomas como edema, ganho de peso e fadiga até uma semana, e dispneia até 3 dias antes de procurarem assistência médica e, menos de 10% dos doentes hospitalizados associam o aumento de peso, como sendo um sintoma de descompensação da doença (Van Der Wal et al., 2005). O acompanhamento da pessoa com clínicas de IC tem demonstrado uma melhoria na adesão ao tratamento, melhoria na qualidade de vida, uma diminuição nos dias de hospitalização, e uma diminuição de episódios de urgência relacionadas à IC (Bocchi et al., 2012).

### **Atividade física**

A orientação da pessoa com IC para a atividade física ainda é um pouco negligenciada, mesmo existindo evidência dos benefícios desta no controlo e tratamento da doença. A prescrição sobre o exercício a realizar deve ser individualizada de acordo com o grau da IC e a idade da pessoa (Bocchi et al., 2009). Um programa domiciliário de caminhadas é uma das melhores opções para prevenir as consequências negativas, tanto fisiológicas quanto psicológicas da inatividade. As pessoas com IC devem ser orientados a identificar se existe ausência ou presença de cansaço e de falta de ar para realizar as atividades do dia-a-dia e, a partir daí, iniciarem de forma progressiva a prática de exercício físico se não houver expressa restrição médica (Rabelo et al., 2007).

## **Vacinação**

A pessoa com IC apresenta alto risco para infecções do trato respiratório, podendo levar à descompensação clínica, tendo como consequência o aumento da morbimortalidade (Bocchi et al., 2009). Neste sentido é importante apostar na prevenção das infecções respiratórias, assim devem efetuar a vacina contra o vírus Influenza (anualmente) e Pneumococcus (a cada cinco anos e a cada três anos em pessoas com IC avançada) (Heart Failure Practice Guideline, 2010).

## **Educação para a IC e para o uso da medicação**

Programas multidisciplinares para educação sobre a IC demonstraram serem uma estratégia positiva para estas pessoas. Enfermeiros experientes em clínicas de IC desempenham papel fundamental no processo de educação e acompanhamento visando ensinar, reforçar, melhorar e avaliar constantemente as habilidades dos pacientes para o autocuidado, que incluem a monitorização do peso, a restrição de sódio e de líquidos, a realização de atividade física, o adequado cumprimento da medicação, a monitorização de sinais e de sintomas de descompensação da doença e o contato precoce com os profissionais de saúde. Desta forma, a educação para o entendimento da IC, e o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado, são considerados chaves para melhorar a adesão, evitar crises de descompensação e consequentemente manter a estabilidade clínica da pessoa com IC. (Rabelo et al., 2007).

O uso de medicamentos no tratamento da maioria da pessoa com IC está baseado nas recomendações internacionais para o tratamento da IC. O seu tratamento visa uma combinação de cinco tipos principais de fármacos: diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, betabloqueadores, espironolactona e digitálicos (Rabelo et al., 2007).

Desta forma, o regime medicamentoso deve ser verificado com o doente e apresentado de forma esquemática, dando ênfase ao nome dos fármacos, suas indicações, doses, horários e possíveis efeitos colaterais, uma vez que o sucesso do tratamento na IC depende de igual forma, da adesão e do cumprimento da terapêutica farmacológica instituída (Van Der Wal et al., 2005).

A quantidade de medicamentos utilizadas, a manutenção do regime terapêutico e o número de doses diárias são fatores que influenciam diretamente a adesão ao tratamento. Quanto maior a quantidade de medicamentos, o número de doses e as mudanças no regime

terapêutico, maiores são as probabilidades de não adesão ao regime terapêutico, e, em consequência, aumentar os riscos de descompensação (Rabelo et al., 2007).

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2008) define algumas recomendações práticas e fundamentais para a educação da pessoa com IC a fim de desenvolver competências e comportamentos de autocuidado (Quadro 5).

Quadro 5 - Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia na IC

Orientações a serem fornecidas	Competências e comportamentos de autocuidado a serem desenvolvidas nas pessoas com IC
Definição e etiologia da IC	Compreender a causa da IC e porque surgem os sintomas.
Sintomas e sinais da IC	Vigiar e reconhecer sinais e sintomas da doença; registar diariamente o peso e reconhecer aumentos rápidos de peso; saber como e quando contactar o profissional de saúde.
Tratamento farmacológico	Compreender indicações, dosagens e efeitos dos fármacos, bem como reconhecer os seus efeitos secundários.
Modificações de fatores de risco	Compreender a importância da cessação tabágica; vigiar a tensão arterial e os níveis glicémicos em pessoas diabéticas.
Recomendações referentes à dieta	Restringir a ingestão de sódio e líquidos; cessar o tabagismo e etilismo, manter uma dieta equilibrada.
Recomendações quanto ao exercício físico	Realizar exercícios físicos regularmente e compreender os benefícios dos mesmos.
Imunização	Receber imunização contra infeções como a gripe e a doença pneumocócica.
Adesão ao tratamento	Compreender a importância de seguir as recomendações terapêuticas e manter a motivação para dar continuidade ao tratamento preconizado.
Aspetos Psicossociais	Compreender que sintomas depressivos e disfunção cognitiva são comuns em pessoas com IC e conhecer as alternativas de tratamento disponíveis.

Fonte: Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da IC aguda e crónica (2008).



## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

### **Capítulo 1 – Metodologia**

Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia adotada para a realização do estudo, nomeadamente, apresentar as questões de investigação, critérios de seleção da amostra e sua caracterização. Por fim, expõem-se as variáveis estudadas, os instrumentos utilizados com as suas características psicométricas e os procedimentos estatísticos efetuados, bem como, aborda-se os aspetos éticos inerentes ao estudo.

#### **1.1 - Questões de investigação**

A IC é um grave problema de saúde pública que afeta globalmente mais de 20 milhões de pessoas em todo o mundo e que se caracteriza pela sua elevada morbimortalidade (Bocchi et al., 2009). A IC coloca diariamente desafios aos seus portadores, podendo influenciar negativamente a qualidade de vida. O controlo e tratamento da doença apelam ao envolvimento da pessoa na gestão da sua condição de saúde e ao desenvolvimento de competências de autocuidado que viabilizem uma gestão eficaz do regime terapêutico.

O desenvolvimento de competências de autocuidado na pessoa com IC são um dos objetivos da intervenção de enfermagem a longo, pelo que neste contexto torna-se fundamental disponibilizar aos mesmos recursos que viabilizem a obtenção de informação sobre os comportamentos de autocuidado da pessoa com IC.

Segundo WHO (2003), a adesão ao tratamento assume um papel de particular importância na pessoa portadora de doença crónica. A não adesão ao tratamento constitui um grave problema de saúde pública, com importantes repercussões na incidência e prevalência de inúmeras doenças

A questão da adesão é de extrema importância quando se trata do doente cardíaco, uma vez que esta ajuda a prevenir e a gerir eficazmente a doença. A não adesão tem grande impacto na vida da pessoa com doença cardíaca, designadamente no controlo de sintomas, na manutenção da sua capacidade funcional e na sua qualidade de vida.

As questões de investigação devem precisar a informação que o investigador quer obter (Fortin, 2009). Desta forma, as questões de investigação às quais se procura dar resposta neste trabalho são:

- Qual a prevalência da adesão ao regime terapêutico (farmacológica e autocuidado) da pessoa com IC?
- Quais as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, apoio familiar, habilitações literárias, situação profissional e rendimento mensal) que influenciam a adesão ao regime terapêutico (farmacológica e autocuidado) da pessoa com IC?
- Quais as variáveis clínicas (IMC, etiologia, capacidade funcional, fatores de risco cardiovasculares, duração e, doenças associadas, medicação habitual e reinternamentos devido à IC) que influenciam a adesão ao regime terapêutico (farmacológica e autocuidado) da pessoa com IC?
- Quais as variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica (posologia, quantidade prescrita, dificuldade em seguir a prescrição, custo e efeitos secundários da medicação) que influenciam adesão farmacológica da pessoa com IC
- Quais as variáveis sociofamiliares que predizem a adesão ao regime terapêutico (farmacológica e autocuidado) da pessoa com IC?
- Quais as variáveis relacionadas com as crenças acerca da medicação que predizem a adesão farmacológica da pessoa com IC?
- Os estilos de vida predizem a adesão ao autocuidado da pessoa com IC?

## 1.2 - Tipo de estudo

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

Trata-se de um estudo transversal, já que os dados se reportam a um momento específico no tempo (Fortin, 2009).

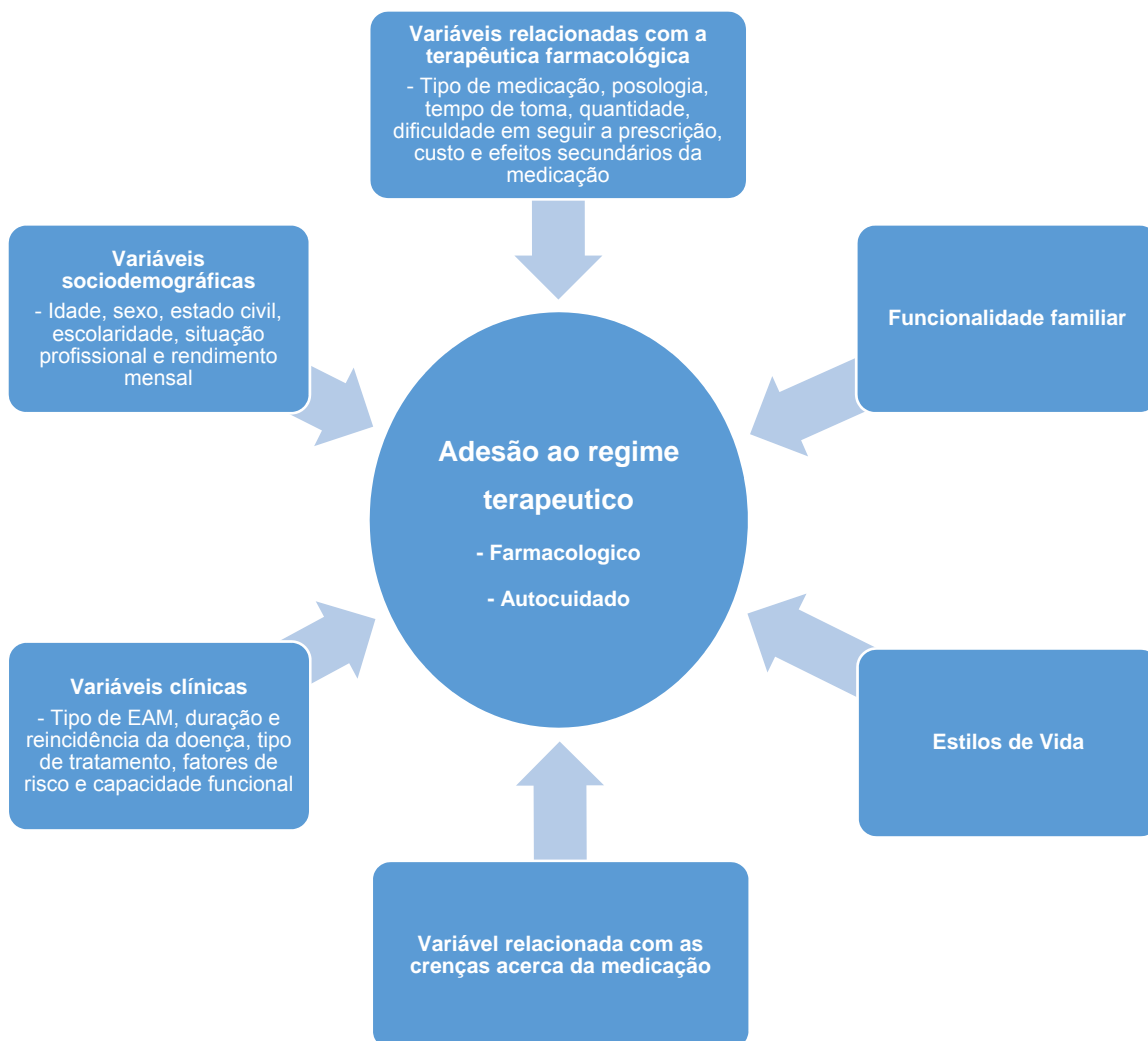


Figura 1- Representação esquemática da relação entre as variáveis

### 1.3 - População e amostra

Este estudo centra-se na pessoa com IC que é acompanhado em consulta de seguimento, sendo a população alvo. A amostra trata-se de uma amostra não probabilística de conveniência, constituída pelas pessoas que aceitaram voluntariamente participar neste estudo, com idade superior a 18 anos, com o diagnóstico de IC documentado em relatórios médicos que tiveram pelo menos um internamento num serviço de cardiologia e que mantêm seguimento na consulta externa e que se encontravam presentes nos locais escolhidos para a colheita de dados, nas datas convenientes ao investigador. Foram excluídos do estudo as pessoas que possuíam distúrbios mentais, nomeadamente demências.

#### 1.4 - Instrumento de colheita de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário constituído por seis partes, que se descrevem de seguida (anexo 1):

- Parte I – Caracterização sociodemográfica, composta por 11 questões que permitem colher informação tais como idade, género, estado civil, composição do agregado familiar, atividade profissional e situação económica do agregado;

- Parte II – Caracterização clínica, constituída por 12 questões e tem como finalidade recolher informação relativa aos dados antropométricos, fatores de risco, tratamento instituído, etiologia, doenças associadas, medicação prescrita e nº de reinternamentos.

- Parte III – Variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica. Esta parte é constituída por três subpartes, a escala MAT constituída por 7 questões, o conhecimento e perceção sobre a medicação, constituída por 6 questões e a escala de crenças acerca dos medicamentos, composta por 10 questões.

- Parte IV – Caracterização do autocuidado. Através da Escala Europeia de Autocuidado na IC, composta por 12 questões, pretende-se classificar o autocuidado da pessoa com IC.

- Parte V – Caracterização da funcionalidade familiar. Com a utilização da escala de apgar familiar, formada por 5 questões, tenciona-se classificar a funcionalidade familiar;

- Parte VI – Caracterização dos estilos de vida, constituída por 28 questões.

Efetou-se um pré-teste a um grupo de 12 doentes (7 do sexo masculino e 5 do sexo feminino), com o diagnóstico de IC, seguidos na consulta externa, no sentido de perceber a aplicabilidade do instrumento de recolha de dados a utilizar, nomeadamente avaliar a clareza, a compreensão e o sentido das perguntas. Procedeu-se a pequenas alterações por sugestões apresentadas, no entanto algumas delas não foram atendidas porque estavam relacionadas com as escalas utilizadas.

De seguida apresentamos as características psicométricas dos instrumentos utilizados no estudo.

As propriedades psicométricas que se deve garantir nos testes são fidelidade e a validade. Ou seja, o essencial para qualquer medição ser precisa é que meça o que se pretende medir (validade) e que se a medição for repetida, nas mesmas condições, com os mesmos inquiridos, o resultado encontrado seja idêntico (fidelidade) (Pais Ribeiro, 2010). A fidelidade de um instrumento de medida refere-se à precisão e à constância das medidas,

tornando-se uma propriedade fundamental nestes instrumentos (Fortin, 2009). Considera-se que um instrumento de medida é fiável quando obtém resultados comparáveis em situações comparáveis (Fortin, 2009). Existem vários modos para avaliar a fidelidade dos instrumentos de medida, sendo que a consistência interna é a mais utilizada, quando se trata de questionários, formulários ou escalas que recolhem informações num único momento.

Pestana & Gageiro (2005) argumenta que se utiliza o Alpha de Cronbach quando existem várias possibilidades de escolha no estabelecimento dos scores nos instrumentos de medida, como nas escalas de “Likert”.

Desta forma, optamos por fazer a análise da consistência interna através da determinação do coeficiente Alpha de Cronbach. O valor do Alpha de Cronbach pode variar de 0 a 1, quanto mais perto de 1 melhor é a sua classificação, ou seja, maior será a consistência interna do instrumento, sendo que uma boa consistência interna deve exceder um Alpha de Cronbach de 0,80 (Pestana & Gageiro, 2005). Contudo, são aceitáveis valores acima de 0,60, principalmente para escalas com número de itens muito baixo (Pais Ribeiro, 2010).

### **Escala de Medida de Adesão ao Tratamento - MAT**

A “Escala de Medida de Adesão ao Tratamento”, é um instrumento validado por Delgado & Lima através da adaptação dos itens 1, 2, 3 e 4 de Morisky et al. (1986), o item 7 foi adaptado de Shea et al. (1992) e o item 6 foi adaptado de Ramalhinho (1994). Pretende avaliar em que medida o doente segue as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos que se manifestam pelo cumprimento do regime terapêutico.

A Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) consiste num método composto por 7 itens, que utiliza como resposta uma escala de Likert convertida em padrão dicotómico. A conversão foi efetuada de acordo com o seguinte critério: nunca (6) e raramente (5), da escala de Likert passou a não (1) da escala dicotómica, e por vezes (4), com frequência (3), quase sempre (2) e sempre (1), da escala de Likert passou a sim (0), da escala dicotómica. No caso da medida psicométrica de adesão aos tratamentos, seja qual for a forma de resposta, a classificação dos sujeitos como aderentes ou como não aderentes foi feita segundo valores próximos da mediana (Delgado & Lima, 2001). A consistência interna desta escala obtida pelos autores foi boa, obtiveram um *alfa* de Cronbach de 0,74.

### Análise das propriedades psicométricas da escala de MAT

Na tabela 1 apresenta-se os valores médios e o desvio padrão de cada item que constitui a escala MAT. Verificou-se uma oscilação média entre  $4,45 \pm 0,776$  para o item 2 “Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da sua medicação?” e  $5,06 \pm 0,639$  para o item 5 “Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos, para a sua doença, por sua iniciativa, após ter sentido pior?”.

No que respeita a variabilidade de resposta, observou-se que ocorre em maior grau no item 7 e em menor no item 5. A correlação de item total obtida varia entre 0,426 (item 1) e 0,715 (item 4).

Verificou-se a fidelidade dos itens pelo coeficiente de alfa de Cronbach, tendo-se obtido o valor de 0,831.

Tabela 1 - Consistência interna da MAT

nº	Itens	Média	DP	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ de Cronbach se o item for eliminado
1	Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença?	4,75	0,653	0,426	0,298	0,831
2	Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da sua medicação?	4,45	0,776	0,466	0,317	0,828
3	Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por se ter sentido melhor?	4,77	0,744	0,663	0,544	0,794
4	Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença, por sua iniciativa, após ter sentido pior?	4,87	0,737	0,715	0,652	0,786
5	Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos, para a sua doença, por sua iniciativa, após ter sentido pior?	5,06	0,639	0,675	0,558	0,796
6	Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	4,61	0,744	0,590	0,371	0,807
7	Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	4,95	0,784	0,542	0,343	0,815
Alfa de Cronbach		0,831				

Para determinar se a análise fatorial é adequada para esta amostra realiza-se o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. Os valores do índice KMO variam entre 0 e 1. Considera-se que são aceitáveis valores acima de 0,6. Para valores abaixo de 0,5 a análise fatorial é inaceitável, porque existe uma correlação fraca entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2005).

Verificou-se a adequabilidade do tamanho amostra através do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). O valor de KMO obtido foi de 0,836. Este valor sugere dimensão da amostra adequada e uma boa correlação entre as variáveis. Para continuar a análise fatorial determinou-se o

teste de esfericidade de Bartlett, sendo significativo ( $X^2= 271,53$ ;  $gl= 21$ ;  $p<0,001$ ), pelo que continuou-se com a análise fatorial.

Numa primeira análise exploratória, a extração dos fatores pelo método de rotação varimax revelou dois fatores com eigenvalues superiores a 1 (1,154 e 3,558), o que no conjunto explicavam 67,31% da variância total. No entanto, tendo que em consideração que a escala original é unifatorial e que o primeiro fator com eigenvalues igual a 3,558 explica 50,83% da variância total, optou-se por uma estrutura unifatorial.

Efetuuou-se uma matriz de correlação de Pearson entre os itens e o índice global. Este último resulta da média aritmética dos 7 itens. As correlações entre os diferentes itens são razoáveis e positivas, oscilando entre  $r = 0.206$  (item 1 e 7) e  $r = 0,715$  (item 3 e 4).

As correlações entre os sete itens e o valor global da escala MAT, são positivas e significativamente correlacionadas ( $p<0,05^*$  e  $p<0,01^{**}$ ), oscilando entre  $r= 0,569$  (item 1), e  $r =0,808$  (item 4).

Tabela 2 - Correlação de Pearson entre os itens e o valor global do MAT

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7
Item 2	0,496**						
Item 3	0,282**	0,301**					
Item 4	0,280**	0,288**	0,715**				
Item 5	0,224*	0,303**	0,586**	0,703**			
Item 6	0,382**	0,388**	0,455**	0,482**	0,502**		
Item 7	0,206*	0,294**	0,468**	0,532**	0,514**	0,337**	
Valor global da MAT	0,569**	0,627**	0,771**	0,808**	0,7661**	0,717**	0,687**

\*\*  $p< 0,01$

\*  $p< 0,05$

### Escala de crenças acerca dos medicamentos

Com a parte II da Escala de crenças acerca dos medicamentos, versão Portuguesa de M. Graça Pereira & N. Sofia Silva, 1998, pretende avaliar as crenças dos doentes acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita. Esta surge da tradução e validação de Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ) de Horne, Weinman e Hankins (1997). Esta é constituída por duas secções, designadas por BMQ-Geral e BMQ-Específica. A primeira avalia crenças acerca dos medicamentos em geral enquanto a segunda avalia as representações de fármacos prescritos.

Neste estudo, foi utilizada a parte II, ou seja, escala de crenças específicas sobre a medicação que é composta por dois fatores que são, 1 - crenças dos doentes acerca da

necessidade da medicação e 2 - preocupações específicas relacionadas com os perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo. A avaliação do fator 1 é feita através dos itens 1,3,4,7 e 10, enquanto o fator 2 é avaliado com os itens 2, 5, 6, 8 e 9. Os itens são cotados numa escala de tipo Likert de 5 pontos (1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não tenho a certeza; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente).

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

### **Análise das propriedades psicométricas da escala de crenças acerca dos medicamentos**

Para a análise da consistência interna nas respostas a cada um dos itens desta escala, foi usado o coeficiente alfa de Cronbach global (tabela 3), que evidenciou um nível de consistência interna igual 0,675, valor um pouco inferior ao da escala original (0,741) e inferior ao recomendável. Pela análise do contributo de cada item, o item 6 apresenta um menor contributo para a globalidade da escala, a eliminação deste item permitiria obter um coeficiente alfa Cronbach de 0,708.

A correlação obtida mais baixa foi no item 6 com  $r = 0,092$  e a mais alta foi no item 3 com  $r = 0,506$ , explicando, respetivamente, 21,8% e 74,4% das respostas.

Tabela 3 - Consistência interna da escala de crenças acerca dos medicamentos

nº	Itens	Média	DP	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ de Cronbach se o item for eliminado
1	Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	4,14	0,8	0,378	0,657	0,644
2	Ter que tomar medicamentos preocupa-me	2,8	1,09	0,467	0,522	0,621
3	A minha vida seria impossível sem medicamentos	4,1	0,77	0,506	0,744	0,624
4	Sem medicamentos eu estaria muito doente	4,04	0,77	0,505	0,736	0,624
5	Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	2,78	1,05	0,356	0,483	0,647
6	Os meus medicamentos são um mistério para mim	3,59	1,12	0,092	0,218	0,708
7	A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos	4,17	0,76	0,402	0,662	0,641
8	Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	2,52	0,92	0,245	0,229	0,668
9	Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos medicamentos	2,82	1	0,231	0,513	0,673
10	Os meus medicamentos impedem que eu fique pior	4,18	0,68	0,347	0,686	0,652
	Alfa de Cronbach	0,675				

Aplicou-se o teste Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett. Para o primeiro teste obteve-se o valor de 0,813 e para o segundo garantiu-se que era estatisticamente significativo ( $X^2= 542,369$ ;  $gl= 45$ ;  $p< 0,001$ ). Estes valores garantem a aplicabilidade do modelo fatorial exploratório que será de seguida apresentado (Pestana & Gageiro, 2005).

As comunalidades ( $h^2$ ) devem estar o mais próximo possível da unidade. E são considerados adequados quando superiores a 0,5. Esta propriedade define a proporção da variância de cada variável explicada pelas componentes principais retidas (Pestana & Gageiro, 2005). Pela análise da tabela 4, este valor confirma que o item 6 e 8 deveriam ser eliminados.

Tabela 4 - Análise fatorial em componentes principais da escala de crenças acerca dos medicamentos

nº	Itens	Fator 1	Fator 2	$h^2$
3	A minha vida seria impossível sem medicamentos	0,909	0,014	0,827
4	Sem medicamentos eu estaria muito doente	0,896	0,015	0,803
10	Os meus medicamentos impedem que eu fique pior	0,867	-0,173	0,781
7	A minha saúde no futuro ira depender de medicamentos	0,861	-0,075	0,747
1	Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	0,844	-0,097	0,722
2	Ter que tomar medicamentos preocupa-me	0,085	0,853	0,734
5	Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	0,049	0,794	0,632
9	Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos medicamentos	-0,148	0,793	0,651
8	Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	-0,046	0,561	0,317
6	Os meus medicamentos são um mistério para mim	-0,123	0,386	0,164

Na tabela 5 apresenta-se os parâmetros de validade e de precisão das subescalas. Observou-se que o item que mais se correlaciona com os restantes, para a dimensão “necessidade específica” da medicação, é o item 3 ( $r= 0,847$ ), com cerca de 73,5% da variabilidade deste item a ser traduzido pelos restantes, o que comprova a elevada correlação e importância dos seus resultados. Para a dimensão “preocupações específicas” o item que mais se correlaciona com os restantes é o item 2 ( $r= 0,658$ ), explicando 48,8% da sua variabilidade.

O item 6 da dimensão “preocupações específicas”, é aquela que apresenta a correlação mais baixa, explicando apenas 19,0% da sua variabilidade.

Na dimensão “necessidades específicas” obteve-se uma consistência boa com alfa de Cronbach de 0,925, enquanto na dimensão “preocupações específicas” obtivemos uma consistência aceitável de 0,720 (Pestana e Gageiro, 2005).

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

nº	Itens	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	α de Cronbach se o item for eliminado
<b>Necessidade específica</b>				
1	Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	0,762	0,637	0,917
3	A minha vida seria impossível sem medicamentos	0,847	0,735	0,899
4	Sem medicamentos eu estaria muito doente	0,830	0,724	0,903
7	A minha saúde no futuro ira depender de medicamentos	0,784	0,657	0,912
10	Os meus medicamentos impedem que eu fique pior	0,807	0,670	0,908
	Alfa de Cronbach	0,925		
<b>Preocupações específicas</b>				
2	Ter que tomar medicamentos preocupa-me	0,658	0,484	0,594
5	Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	0,530	0,477	0,652
6	Os meus medicamentos são um mistério para mim	0,260	0,190	0,762
8	Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	0,421	0,223	0,694
9	Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos medicamentos	0,566	0,450	0,639
	Alfa de Cronbach	0,720		

De seguida realizou-se uma matriz de correlação de Pearson entre os itens e o índice global da dimensão “necessidade específica” (tabela 6), verificou-se que as correlações entre os diferentes itens são positivas, oscilando entre uma associação de índice mais baixo de 0,602, entre o item 1 com o item 7 e o índice mais elevado 0,804, entre o item 3 com o item 4.

No que se refere às correlações existentes entre os cinco itens e o valor global da dimensão “necessidades específicas”, são positivas e significativamente correlacionadas, oscilando entre 0,851 do item 1 e 0,906 do item 3.

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

Item	1	3	4	7	10
3	0,734**				
4	0,659**	0,804**			
7	0,602**	0,722**	0,763**		
10	0,739**	0,709**	0,699**	0,713**	
<b>Necessidades específicas</b>	0,854**	0,906**	0,895**	0,864**	0,873**

\*\* p< 0,01

Efetuu-se a mesma matriz para a dimensão “preocupações específicas” (tabela 7). Verificou-se que as correlações entre os diferentes itens são positivas. Os valores positivos oscilando entre uma associação baixa de 0,142, entre o item 6 e 9, e o índice mais elevado de 0,608, entre o item 5 com o 9.

Quanto à correlação entre os itens e o valor da dimensão “preocupações específicas” são positivas e significativamente correlacionadas e oscilam entre 0,542 do item 6 e 0,814 do item 2.

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

Item	2	5	6	8	9
5	0,596**				
6	0,252*	0,038			
8	0,344**	0,256**	0,381**		
9	0,588**	0,608**	0,142	0,255*	
<b>Preocupações específicas</b>	0,814**	0,724**	0,542**	0,624**	0,714**

\*\* p< 0,01

\* \*p< 0,05

Uma vez que o valor de alfa Cronbach global da escala é inferior a 0,7 efetuou-se uma análise fatorial confirmatória. Iniciou-se este estudo efetuando uma análise de normalidade dos itens que constituem a escala (tabela 8). Uma vez que os valores dos testes de skewness e de kurtosis são inferiores a 3 e 7, respetivamente, está garantida uma distribuição normal em todos os itens.

Tabela 8 - Avaliação da normalidade dos itens

nº	Itens	min	max	skewness	c.r.	kurtosis	c.r.
6	Os meus medicamentos são um mistério para mim	1	5	-0,273	-1,131	-1,15	-2,382
8	Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	1	5	0,849	3,519	0,446	0,925
9	Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos medicamentos	1	5	0,554	2,295	-0,667	-1,382
5	Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	1	5	0,558	2,313	-0,453	-0,939
2	Ter que tomar medicamentos preocupa-me	1	5	0,365	1,513	-0,783	-1,623
1	Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	1	5	-1,043	-4,32	1,684	3,488
7	A minha saúde no futuro ira depender de medicamentos	2	5	-0,841	-3,484	0,725	1,502
10	Os meus medicamentos impedem que eu fique pior	1	5	-0,99	-4,102	3,244	6,72
4	Sem medicamentos eu estaria muito doente	2	5	-0,854	-3,54	0,955	1,978
3	A minha vida seria impossível sem medicamentos	2	5	-0,934	-3,869	1,081	2,24

De seguida apresenta-se os valores estimados, rácios críticos (C.R.) e valor de p (tabela 9). Os valores de p de cada item demonstra que são todos estatisticamente significativos (exceção ao item 3 e 2 que foram definidos com estimativa igual a 1). No entanto, mais uma vez os valores de correlação são baixos para os itens 6 e 8, o que sugere a sua eliminação.

Tabela 9 - Valores estimados, rácios críticos e valor de p.

nº	Itens	Estimativa	S.E.	C.R.	p	r ou λ
4	Sem medicamentos eu estaria muito doente	0,977	0,077	12,767	***	0,880
10	Os meus medicamentos impedem que eu fique pior	0,820	0,074	11,011	***	0,829
7	A minha saúde no futuro ira depender de medicamentos	0,913	0,082	11,105	***	0,829
5	Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	0,922	0,139	6,636	***	0,758
9	Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos medicamentos	0,882	0,135	6,521	***	0,761
8	Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	0,403	0,114	3,530	***	0,378
1	Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	0,930	0,089	10,458	***	0,797
3	A minha vida seria impossível sem medicamentos	1				0,892
2	Ter que tomar medicamentos preocupa-me	1				0,791
6	Os meus medicamentos são um mistério para mim	0,296	0,143	2,073	0,038	0,226

\*\*\*p< 0,001

Desta análise surge o seguinte modelo (figura 2):

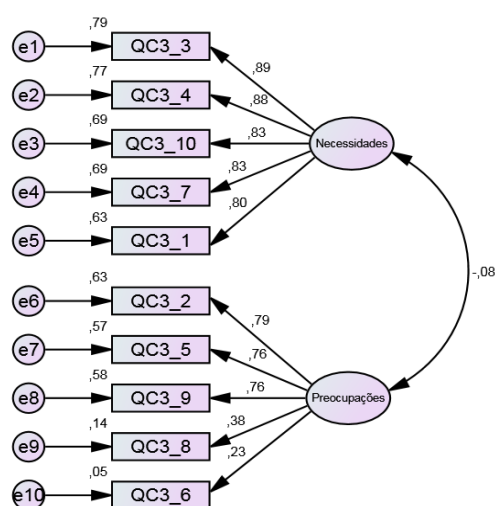


Figura 2- Modelo da escala de crenças sobre os medicamentos

Determinou-se a fiabilidade estratificada com todos os itens, obteve-se uma fiabilidade compósita de 0,918 e uma variância extraída média de 0,553. O valor de fiabilidade compósita deve ser superior a 0,7 e o valor da variância extraída média deve ser superior a 0,5, pelo que na análise conjunta verifica estas duas condições.

De seguida calculou-se a fiabilidade compósita e a variância extraída média para as duas dimensões. Obteve-se para a dimensão “necessidades específicas” um valor de 0,926 e para a dimensão “preocupações específicas” um valor de 0,73. No que se refere a variância extraída média obteve-se 0,716 e 0,391, respetivamente para a dimensão “necessidades específicas” e “preocupações específicas”. Pelo que a dimensão “preocupações específicas” não verifica esta condição da variância extraída média.

A validade discriminante é verificada comparado o quadrado da saturação que existe entre as duas dimensões  $((-0,08)^2) = 0,0064$  com o menor valor de variância extraída média (0,391). Desta forma pode-se concluir que tem validade discriminatória entre as dimensões. Na tabela 10, apresenta-se os valores mais relevantes da análise fatorial confirmatória. Os valores “aceitáveis” destas propriedades são:  $GFI \geq 0,9$ ;  $CFI \geq 0,9$ ;  $RMSEA \leq 0,08$ ;  $RMR \leq 0,08$  e  $SRMR \leq 0,1$  (Marôco, 2011). Constatou-se que existe uma melhoria nos parâmetros quando se passa do modelo inicial para o modelo com os índices modificados.

Tabela 10 - Valor da análise fatorial confirmatória da escala de crenças sobre os medicamentos

Modelo	$\chi^2/gf$	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial	1.865	0.891	0.943	0.092	0.069	0.079
Modelo com índices de modificados	1.555	0.911	0.965	0.074	0.056	0.069

Depois da realização das análises fatorial exploratórias e confirmatórias, para análise dos resultados decidiu-se manter a escala com os 10 itens originais, uma vez que se acredita que os valores encontrados estão relacionados com a pequena amostra deste estudo.

### **Escala europeia de autocuidado na IC**

A European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS) foi desenvolvida e publicada em 2003 por Jaarsma e colaboradores. Esta escala tem como objetivo de avaliar o reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação da IC e a tomada de decisão na ocorrência desses sintomas. Trata-se de um instrumento auto administrado. Foram consideradas três dimensões. A primeira dimensão estava associada ao “cumprimento do regime”, a segunda dimensão estava associada ao “pedir ajuda”, e a terceira dimensão estava

associada às “atividades de adaptação”. Estas três dimensões inicialmente totalizavam 20 itens, que posteriormente foram reduzidos para 12. Na primeira versão do instrumento, as respostas do instrumento eram do tipo nominal dicotômico (Sim/Não), passando posteriormente, para uma escala do tipo Likert, variando entre 1 e 5 pontos (1 concordo plenamente e 5 discordo plenamente).

Para a avaliação das propriedades psicométricas da EHFScBS foi realizado um estudo multicêntrico em três países. Os resultados mostraram a validade e reprodutibilidade deste instrumento e revelou também a sua utilidade clínica na avaliação do autocuidado nas pessoas com IC. Conceitualmente, os 12 itens da EHFScBS estavam divididos em três dimensões. A primeira dimensão refere-se à “Adesão ao regime”, composta por seis itens que mensuram comportamentos relacionados com a restrição de líquidos e sódio, exercícios físicos regulares e prevenção da gripe. A segunda dimensão “Pedir ajuda” abrange quatro itens relacionados a comportamentos de procura por assistência de saúde especializada, quando ocorre exacerbação dos sinais e sintomas da doença. A terceira dimensão denominada de “Atividade de adaptação” envolve dois itens que mede comportamentos adaptativos às limitações impostas pela IC.

Esta versão atual da EHFScBS, constituída por 9 itens, após a remoção dos três itens (item “2- Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo”, item “7-Faço um momento para o descanso durante o dia” e item “11-Tomo a vacina da gripe todos os anos”) tem demonstrado resultados mais significativos quando comparados com a versão de 12 itens (Jaarsma et al., 2009). As autoras consideram que embora os itens excluídos fossem reconhecidos como questões importantes no dia-a-dia das pessoas com IC, essas atividades muitas vezes são ações deliberadas que as pessoas com IC assumem como parte do seu autocuidado, mas na maioria das vezes, são forçados a abandoná-las pela deterioração da condição de saúde.

Os autores desta escala obtiveram alfa de Cronbach de 0,81 e 0,80 para as escalas com 12 e 9 itens, respetivamente.

Neste trabalho utilizou-se a versão desta escala, traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa, de Pereira (2013).

### **Análise das propriedades psicométricas da escala europeia de autocuidado na IC**

Na tabela 11 apresenta-se a estatística descritiva (médias e DP) e a correlação do item total corrigido. Esta última é baixa uma vez que é inferior a 0,5 em todos os itens.

Determinou-se o valor de alfa de Cronbach para a globalidade da escala com 12 e 9 itens, tendo-se obtido o valor de 0,582 e 0,62, respetivamente (tabela 11 e 12).

Tabela 11 - Consistência interna da EHFScBS com 12 itens

nº	Itens	Média	DP	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	α de Cronbach se o item for eliminado
1	Peso-me todos os dias	4,10	,945	,308	,278	,547
2	Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	1,58	,721	,089	,188	,586
3	Se a minha falte de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	3,43	,946	,445	,751	,518
4	Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro.	3,24	,934	,443	,706	,519
5	Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	3,28	,890	,167	,324	,575
6	Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	2,52	1,145	,314	,283	,543
7	Faço um momento para o descanso durante o dia	1,64	1,028	,091	,259	,593
8	Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	3,48	,906	,469	,604	,515
9	Faço uma dieta com pouco sal	2,35	,882	,352	,341	,540
10	Tomo a medicação tal como foi receitada	2,17	,793	,276	,356	,556
11	Tomo a vacina da gripe todos os anos	2,02	1,313	,218	,208	,571
12	Faço exercício regularmente	3,95	1,294	-,062	,115	,643
Alfa de Cronbach		0,582				

Tabela 12 - Consistência interna da EHFScBS com 9 itens

nº	Itens	Média	DP	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	α de Cronbach se o item for eliminado
1	Peso-me todos os dias	4,10	0,945	0,344	0,198	0,582
3	Se a minha falte de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	3,43	0,946	0,545	0,724	0,530
4	Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro.	3,24	0,934	0,478	0,690	0,549
5	Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	3,28	0,890	0,143	0,320	0,627
6	Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	2,52	1,145	0,407	0,265	0,562
8	Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	3,48	0,906	0,485	0,545	0,548
9	Faço uma dieta com pouco sal	2,35	0,882	0,222	0,264	0,610
10	Tomo a medicação tal como foi receitada	2,17	0,793	0,236	0,332	0,607
12	Faço exercício regularmente	3,95	1,294	0,014	0,096	0,686
Alpha de Cronbach		0,620				

Para garantir a utilização da análise fatorial aplicou-se o teste Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett. Para o primeiro teste obteve-se o valor de 0,570 e para o segundo garantiu-se que era estatisticamente significativo ( $\chi^2= 323,784$ ;  $gl= 66$ ;  $p< 0,001$ ). Mesmo observando-se um valor de KMO baixo (má correlação), no entanto estes valores permitem a aplicabilidade do modelo fatorial que será de seguida apresentado (Pestana & Gageiro, 2005).

Numa primeira análise exploratória, a extração dos fatores pelo método de rotação varimax revelou cinco fatores com eigenvalues superiores a 1 (1,009; 1,254; 1,501; 1,765 e 2,762), o que no conjunto explicavam 69,091% da variância total. No entanto, utilizando o critério de explicar de pelo menos 50% da variância total e respeitando as dimensões originais da escala, assume-se apenas 3 dimensões, que explicam 50,23% da variância total.

As comunalidades ( $h^2$ ) devem estar o mais próximo possível da unidade. E são considerados adequados quando superiores a 0,5. Esta propriedade define a proporção da variância de cada variável explicada pelas componentes principais retidas (Pestana & Gageiro, 2005). Desta forma para a escala com 12 itens excluía-se os itens 5, 10, 7, 11, 2 e 12 (tabela 13). No que se refere à escala de 9 itens elimina-se os itens 6, 10 e 12 (tabela 14).

Tabela 13 - Análise fatorial em componentes principais da EHFScBS com 12 itens

nº	Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	$h^2$
4	Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchadas que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	0,920			0,846
3	Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	0,895			0,849
8	Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	0,762			0,648
5	Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro				0,099
1	Peso-me todos os dias		0,774		0,625
6	Limito a quantidade de líquidos que bebo (não + do que 1,5-2L por dia)		0,711		0,554
9	Faço uma dieta com pouco sal		0,597		0,605
10	Tomo a medicação tal como foi receitada		0,501		0,391
7	Faço um momento para descanso durante o dia			0,603	0,371
11	Tomo a vacina da gripe todos os anos			0,592	0,405
2	Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo			0,581	0,372
12	Faço exercício regularmente				0,262

Tabela 14 - Análise fatorial em componentes principais da EHFScBS com 9 itens

nº	Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	h <sup>2</sup>
3	Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	,915			,851
4	Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchadas que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	,901			,852
8	Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	,799			,677
6	Limito a quantidade de líquidos que bebo (não + do que 1,5-2L por dia)		,727		,612
1	Peso-me todos os dias		,715		,531
9	Faço uma dieta com pouco sal		,680		,493
12	Faço exercício regularmente			,626	,419
5	Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro			,624	,451
10	Tomo a medicação tal como foi prescrita		,487		,677

Uma vez que o valor de alfa Cronbach global da escala é inferior a 0,7 efetuou-se uma análise fatorial confirmatória para a escala com 9 itens pois foi a que se obteve alfa de Cronbach mais elevado e por ser a versão mais recente e mais utilizada (Jaarsma et al., 2009).

Iniciou-se este estudo efetuando uma análise de normalidade dos itens que constituem a escala (tabela 15). Uma vez que os valores dos testes de skewness e de kurtosis são inferiores a 3 e 7, respetivamente, está garantida uma distribuição normal em todos os itens.

Tabela 15 - Avaliação da normalidade dos itens

nº	Itens	min	max	skewness	c.r.	kurtosis	c.r.
10	Tomo a medicação tal como foi prescrita	1	4	0,173	0,715	-0,534	-1,107
9	Faço uma dieta com pouco sal	1	5	0,464	1,921	0,316	0,655
8	Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	5	-1,081	-4,478	0,871	1,804
5	Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	2	5	0,006	0,024	-0,897	-1,858
4	Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro.	1	5	-0,789	-3,271	-0,414	-0,858
3	Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	5	-1,013	-4,196	0,557	1,153
12	Faço exercício regularmente	1	5	-0,892	-3,696	-0,589	-1,22
6	Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1	5	0,334	1,384	-0,747	-1,547
1	Peso-me todos os dias	1	5	-1,246	-5,162	1,726	3,577

De seguida apresenta-se os valores estimados, rácios críticos (C.R.) e valor de p (tabela 16). Os valores de p demonstra que os itens 5, 10 e 12 são estatisticamente não significativos (exceção ao item 3 e 9 que foram definidos com estimativa igual a 1). No entanto, mais uma vez os valores de correlação são baixos para os itens 5 e 12, o que sugere a sua eliminação.

Tabela 16 - Valores estimados, rácios críticos e valor de p.

nº	Itens	Estimativa	S.E.	C.R.	p	r
1	Peso-me todos os dias	1				0,607
6	Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1,302	0,513	2,541	0,011	0,653
12	Faço exercício regularmente	0,214	0,298	0,716	0,474	0,095
3	Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1				0,955
4	Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro.	0,82	0,095	8,612	***	0,793
5	Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	0,124	0,112	1,106	0,269	0,125
8	Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	0,722	0,093	7,797	***	0,72
9	Faço uma dieta com pouco sal	1				0,446
10	Tomo a medicação tal como foi receitada	1,397	0,821	1,703	0,089	0,693

\*\*\* p &lt; 0,001

Na figura 3 apresenta-se o modelo inicial das dimensões da EHFScBS. Através da sua análise pode-se aferir que o item 12 e 5 apresentam peso fatorial muito baixo pelo que devem ser eliminados. O peso fatorial, excluindo estes dois itens, varia entre 0,45 (item 9) e 0,96 (item3).

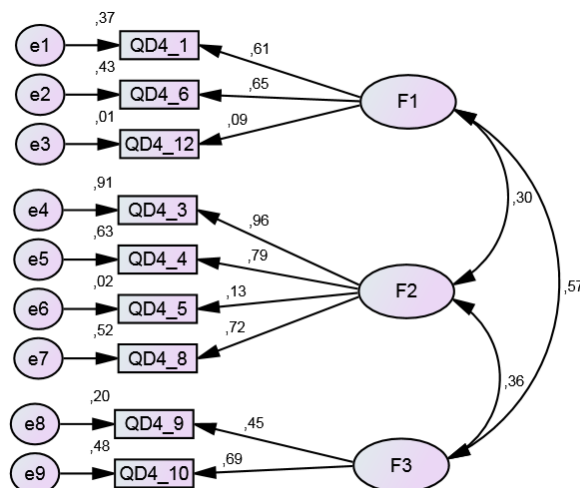


Figura 3- Modelo inicial das dimensões da EHFScBS

Na figura 4 apresenta-se o modelo com eliminação dos itens 5 e 12 da EHFScBS, este modelo os peso fatoriais variam entre a 0,43 (item 9) e 0,97 (item 3). Para o tamanho da amostra deste trabalho (n= 103), Hair et al (2005) define como valor mínimo do peso fatorial 0,55.

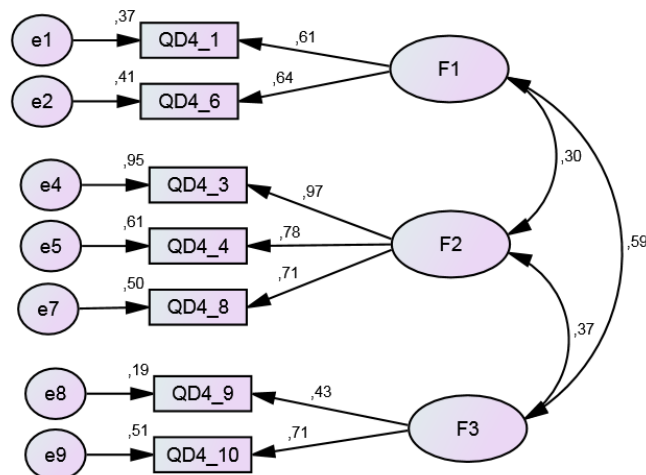


Figura 4- Modelo com eliminação dos itens 5 e 12 da EHFScBS

Tabela 17 - Valor da análise fatorial confirmatória da escala de crenças sobre os medicamentos

Modelo	$\chi^2/gf$	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial (figura 3)	2.824	0.885	0.814	0.134	0.072	0.081
Modelo 2ª ordem (figura 4)	1.902	0.946	0.951	0.094	0.051	0.060

Desta surgiram as seguintes dimensões (tabela 18):

Tabela 18 - Dimensões da EHFScBS após análise fatorial confirmatória

Dimensão 1: "Atividades de adaptação"		
nº	Item	Saturação
1	Peso-me todos os dias	0,61
6	Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	0,64
Dimensão 2: "Procura de ajuda"		
nº	Item	Saturação
3	Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	0,97
4	Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	0,78
8	Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	0,71
Dimensão 3: "Compliance"		
nº	Item	Saturação
9	Faço uma dieta com pouco sal	0,43
10	Tomo a medicação tal como foi receitada	0,71

### Escala de Apgar Familiar

Para medir a funcionalidade e apoio familiar utilizou-se a Escala de Apgar Familiar elaborada por Smilkstein (1978) e traduzida e validada para português por Agostinho e Rebelo

(1988). Esta é constituída por cinco perguntas que quantificam a percepção que o indivíduo tem do funcionamento da sua família, permitindo também caracterizar os componentes fundamentais da função familiar.

Cada pergunta tem três possibilidades de resposta, a que correspondem as seguintes pontuações: “quase sempre” - 2 pontos; “algumas vezes” - 1 ponto; “quase nunca” - 0 pontos. O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas, podendo as famílias ser classificadas em:

- Família Altamente Funcional: 7 – 10
- Família Moderadamente Disfuncional: 4 – 6
- Família Marcadamente Disfuncional: 0 – 3

Embora a fiabilidade e a validade deste método já tenham sido estudados e asseguradas, temos que ter presente que ele só avalia o grau de satisfação com a família que o indivíduo admite e verbaliza.

### **Análise das propriedades psicométricas da escala de Apgar Familiar**

Na tabela 19 apresenta-se a estatística descritiva (médias e DP) e a correlação do item total corrigido. Esta última é moderada a alta com valores compreendidos entre 0,581 do item 1 e 0,804 do item 4.

Observou-se que os valores médios e respetivos desvios padrão dos diversos itens se encontram bem centrados. Determinou-se o valor de alfa de Cronbach para a globalidade da escala tendo-se obtido o valor de 0,873, apresentando uma boa consistência interna.

Tabela 19 - Consistência interna da escala de Apgar Familiar

nº	Itens	Média	DP	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ de Cronbach se o item for eliminado
1	Está satisfeito (a) com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o (a) preocupa?	1,55	0,555	0,581	0,426	0,873
2	Está satisfeito (a) pela forma como a sua família discute assuntos de interesse comum e partilha consigo a solução do problema?	1,31	0,611	0,757	0,614	0,834
3	Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?	1,16	0,653	0,759	0,644	0,832
4	Está satisfeito (a) com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?	1,16	0,668	0,804	0,685	0,820
5	Está satisfeito (a) com o tempo que passa com a sua família?	1,08	0,776	0,638	0,435	0,869
Alfa de Cronbach		0,873				

Para garantir a utilização da análise fatorial aplicou-se o teste Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett. Para o primeiro teste obteve-se o valor de 0,832 e para o segundo garantiu-se que era estatisticamente significativo ( $X^2= 273,103$ ;  $gl= 10$ ;  $p< 0,001$ ). Estes valores garantem a aplicabilidade do modelo fatorial que será de seguida apresentado.

Utilizou-se uma análise dos componentes principais, obteve-se um componente com eigenvalue superior a 1 (eigenvalue= 3,365) e analisou-se conjuntamente com o “scree plot”, de onde obteve-se uma solução com um único fator, capaz de explicar 67,31% da variância total.

Efetuuou-se uma matriz de correlação de Pearson entre os itens e o índice global (tabela 20). Da sua análise, verificou-se que as correlações entre os diferentes itens são todas positivas, oscilando entre uma associação moderada (0,400) entre o item 1 e 5 e alta (0,776) entre o item 3 e 4.

No que se refere às correlações existentes entre os cinco itens e o valor global da escala são positivas e significativamente correlacionadas, oscilando entre o valor mais baixo  $r= 0,71$  para o item 1 e o valor mais alto  $r= 0,853$  do item 3.

Tabela 20 - Matriz de correlação entre os itens e o valor global da escala de Apgar Familiar

Item	1	2	3	4	5
2	0,644**				
3	0,463**	0,664**			
4	0,506**	0,673**	0,776**		
5	0,400**	0,528**	0,576**	0,639**	
Valor total de Apgar	0,710**	0,846**	0,853**	0,883**	0,794**

\*\*  $p< 0,01$

### Estilos de vida

Escala elaborada por Dias (2010) na qual se considerou para a determinação dos estilos de vida as seguintes variáveis: consumo de tabaco, hábitos alimentares, uso de bebidas alcoólicas, atividade física, perturbação do sono e má gestão do “stress”, uma vez que, atualmente, estão claramente identificadas na origem daquelas doenças. Para avaliar os hábitos alimentares, consumo de álcool, atividade física, sono e “stress” considerou-se uma lista de 27 itens. Os itens permitem cinco tipos de resposta: “quase nunca”, “ocasionalmente”, “muitas vezes”, “com muita frequência” e “quase sempre”, a que se atribui uma pontuação 1, 2, 3, 4 e 5 pontos, respetivamente. Os itens 2, 5, 9, 10, 11, 12, 18, 20 e 27 foram invertidos.

Hábitos alimentares integram:

- tipo de alimentação constituídos, pelos itens 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11 e 12;
- confecção de alimentos, os itens 16, 17, 18, 19; e 20
- recomendações, os itens 21, 22, 24, 25 e 26;

O item 10 corresponde ao uso de bebidas alcoólicas. A atividade física é avaliada nos itens 14 e 15. O padrão de sono e repouso corresponde ao item 23. O “stress” é considerado no item 27. Os hábitos tabágicos estão definidos no item 28 apesar da não inclusão na lista de classificação, faz igualmente parte da escala, tendo sido invertida a pontuação.

Do somatório dos índices parcelares, referentes aos indicadores apresentados (24 itens mais o consumo de tabaco), resulta o valor global dos estilos de vida que pode variar entre um mínimo de 25 e um máximo de 123. De acordo com a tendência de resposta, quanto maior for este índice, melhor será o estilo de vida. Estabeleceu-se o ponto de corte com base na mediana, constituindo-se dois grupos que permitirão a classificação de estilos de vida saudáveis e não saudáveis.

### **Análise das propriedades psicométricas da escala de estilos de vida**

Os resultados do estudo da consistência interna, que se apresentam na tabela 21, mostram valores médios, desvios padrão, as correlações obtidas entre cada item e o valor global da escala e valor do alfa Cronbach se o item fosse eliminado.

Os coeficientes de alfa Cronbach apresentados a baixo foram determinados com a inversão os itens itens 2, 5, 9, 10, 11, 12, 18, 20 e 27. Também se inverteu a pontuação dos hábitos tabágicos (“nunca fumou” -3; “deixou de fumar”- 2 e “Ainda fuma” – 1).

Com os 27 itens alfa Cronbach é 0,852, determinando desta forma uma boa consistência interna.

As correlações mostram, para todos os itens, valores positivos e na sua maioria superiores a 0,20. Para manter o critério do autor da escala, assumiu-se que itens com valores de correlação inferiores a 0,20 seriam eliminados (itens 3, 9 e 13). Desta forma os valores de alfa de Cronbach passaram de 0,852 para 0,862.

Desta forma, para analisar o estilo de vida consideraram-se apenas 24 itens com cotação de 1 a 5 e 1 item com cotação 1 a 3 referente aos hábitos tabágicos. Desta forma os itens considerados em cada dimensão dos estilos de vida foram:

- Hábitos alimentares: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25 e 26;

- Hábitos alcoólicos: 10;
- Atividade física: 14 e 15;
- Repouso: 23;
- “Stress”: 27;

Tabela 21 - Consistência interna da escala dos estilos de vida

nº	Itens	Média	DP	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ de Cronbach se o item for eliminado
1	Como fruta à sobremesa	3,57	1,143	0,445	0,548	0,846
2	Como carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)	2,83	0,909	0,322	0,638	0,849
3	Como carnes brancas (frango, peru, pato, aves)	3,14	0,701	0,161		
4	Como peixe	2,91	0,940	0,493	0,642	0,844
5	Como enchidos (chouriço, presunto, salpicão, salchichas)	3,70	0,790	0,423	0,433	0,847
6	Como sopa (“caseira”)	3,82	0,825	0,497	0,548	0,845
7	Como legumes (cenoura, vagem, abóbora, couve-flor...) e vegetais	3,60	0,758	0,668	0,878	0,841
8	Como leguminosas (favas, ervilhas, feijão...)	3,46	0,738	0,564	0,859	0,843
9	Consumo mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições	3,97	1,287	0,168		
10	Consumo qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições	4,68	0,744	0,210	0,678	0,852
11	Consumo salgadinhos fritos (batata frita, pastéis...)	3,86	0,611	0,326	0,360	0,850
12	Adiciono mais sal às refeições	4,29	0,723	0,364	0,466	0,848
13	Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados...)	3,10	0,902	0,085		
14	Pratico atividade física diariamente durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)	1,95	1,375	0,250	0,988	0,855
15	Pratico desporto que faz suar (exercício físico específico como ciclismo, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol...), pelo menos três vezes por semana, para além da atividade física que faço em casa ou como parte do meu trabalho	1,91	1,387	0,246	0,988	0,855
16	Na confeção da comida retiro as gorduras visíveis da carne e a pele das aves	2,86	0,960	0,556	0,551	0,842
17	Na confeção da comida privilegio os alimentos grelhados, cozidos e estufados em detrimento aos fritos	3,03	0,857	0,598	0,648	0,842
18	Habitualmente coloco o saleiro na mesa	4,50	0,655	0,463	0,502	0,847
19	Nas refeições diminuo a quantidade de sal e uso, em alternativa, ervas e especiarias	3,27	1,077	0,543	0,718	0,842
20	Nas refeições misturo dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa e feijão	3,17	0,954	0,356	0,615	0,848
21	Sigo um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde	1,47	0,884	0,232	0,387	0,852
22	Tenho cuidado com o que como, de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	2,51	0,989	0,607	0,641	0,840
23	Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	3,18	0,825	0,312	0,466	0,850
24	Faço cinco refeições por dia	2,75	1,036	0,456	0,569	0,845
25	Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	2,49	0,873	0,621	0,699	0,841
26	Tenho cuidado com o que como, de modo a reduzir a ingestão de sal	3,15	1,079	0,639	0,722	0,838
27	Tenho sentido stress	3,10	1,043	0,270	0,300	0,852
	Alpha de Cronbach			0,852		

### 1.5 - Procedimentos na recolha de dados

A apresentação do estudo aos participantes foi feita pelo investigador principal. A abordagem às pessoas com IC foi realizada na sala de espera para a consulta médica de modo a não causar nenhum incómodo. As pessoas que aceitaram participar do estudo preencheram o questionário, demorando em média 15 a 20 minutos para o seu preenchimento. O questionário foi maioritariamente preenchido pelos participantes, contudo, sempre que o nível de literacia era baixo ou outra razão impeditiva da leitura do instrumento, o investigador colocava a questão e anotava a resposta. Também valorizou-se a presença do investigador no momento da colheita dos dados para poder ajudar os participantes a clarificar dúvidas que pudessem emergir durante o preenchimento do questionário. Foram abordados apenas as pessoas que compareceram às consultas, não tendo existido nenhuma convocatória.

A colheita de dados para este estudo decorreu entre os meses de Abril e Outubro de 2016 e obedeceu a todos os requisitos de natureza ética e deontológica.

### 1.6 - Aspetos éticos

Os procedimentos formais para a realização deste trabalho foram cumpridos. Antecipadamente submeteu-se o pedido de autorização ao conselho de administração e à comissão de ética de um hospital da zona centro que foi devidamente autorizado (anexo 2 e 3, respetivamente). Antes de cada pessoa aceitar participar no estudo era explicado oralmente o trabalho e dado a ler o consentimento informado, que era assinado caso aceitasse participar no estudo. Este foi elaborado segundo as normas da escola e devidamente aprovado pela comissão de ética do mesmo hospital (anexo 4).

### 1.7 - Procedimentos no tratamento dos dados

Neste trabalho utilizou-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão 22.0 para Windows como instrumento de cálculo. Em diferentes partes deste estudo efectuou-se estatística descritiva e estatística inferencial ou indutiva.

A estatística descritiva utiliza-se quando se pretende resumir um conjunto de dados brutos, visando essencialmente descrever as características da amostra de uma forma compreensível tanto para o investigador como para o leitor. Na estatística descritiva, os dados numéricos são apresentados sob a forma de quadros e de gráficos. Por outro lado, a

estatística inferencial ou indutiva utiliza-se quando a partir do estudo de uma amostra tenta-se prever o comportamento ou as características da população total, esta análise baseia-se nas leis da probabilidade e parte do pressuposto que as amostras são aleatórias (Fortin, 2009).

As medidas da estatística descritiva serão as seguintes:

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

O CV calculou-se achando o quociente entre o desvio padrão e a média. Os resultados obtidos são interpretados, da seguinte forma:

- 0% - 15% - Dispersão baixa;
- 16% - 30% - Dispersão moderada;
- > 30% - Dispersão alta

Foram aplicados testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis às variáveis de natureza quantitativa.

Quanto à medida de assimetria Skewness (SK), obtida através do quociente entre SK com o erro padrão (EP), segundo Fortin (2009), temos os seguintes intervalos:

- 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

Depois de efetuada a análise descritiva, o procedimento estatístico que se seguiu foi a análise inferencial dos dados obtidos na qual se realizou a associação entre algumas das variáveis independentes em estudo e as variáveis dependentes (adesão farmacológica e autocuidado na IC).

Utilizar-se-á os testes paramétricos nos grupos de dimensão semelhante, ou seja, quando o quociente entre a maior dimensão (N) e a menor (n) for inferior a 1,5. Ora, quando este quociente for superior a 1,5 os grupos não são de dimensões semelhantes, há grandes afastamentos tanto da normalidade como da homocedasticidade, põe-se em risco as conclusões tidas na análise de variância, nestes casos, serão utilizados os testes não paramétricos (Pestana & Gageiro, 2005).

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

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 1,5. Nestes casos utilizou-se os testes “U-Mann-Whitney”, para amostras independentes em variáveis dicotómicas e quantitativas, e o “Kruskal Wallis”, quando a variável nominal tem três ou mais categorias.

No estudo, foram utilizados os seguintes níveis de significância:

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

Com o objetivo de se averiguar a relação entre a variável dependente e mais que uma variável independente, efetuou-se uma regressão linear múltipla com recurso privilegiado ao método de estimação “Stepwise” e quando com este não se obteve resultados, optou-se pelo método “Enter”, que permitiram determinar as variáveis preditoras da variável dependente.

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

- [0,0; 1,90] – associação muito baixa
- [0,2; 0,39] – associação baixa
- [0,4; 0,69] – associação moderada

- [0,7; 0,89] – associação alta
- [0,9; 1,00] – associação muito alta



## Capítulo 2 – Resultados

Os resultados da análise dos dados devem ser apresentados em tabelas e figuras, pois estes dão uma informação clara e precisa (Fortin, 2009). Os resultados obtidos em estudos descritivos devem ser seguidos dos resultados das análises inferenciais, que dão informação sobre as relações existentes entre as variáveis (Fortin, 2009). Desta forma, para facilitar a análise e interpretação dos dados, estes serão apresentados em tabelas. Depois de se apresentarem os resultados isolados das variáveis independentes, apresenta-se os resultados obtidos das relações entre estas e as variáveis dependentes em estudo (adesão à terapêutica farmacológica e autocuidado na IC).

### 2.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Na tabela 22, apresenta-se a caracterização sociodemográfica dos participantes em função do género, a amostra é constituída por 103 participantes, 61,2% (n= 63) do género masculino e 38,8% (n= 40) do feminino.

A idade mínima é 29 anos e a máxima 90 anos, o que corresponde a uma média de 71,48 anos (DP= 11,38). As mulheres registaram idades superiores às dos homens ( $\bar{x} = 71,98 \pm 14,45$  vs  $\bar{x} = 71,16 \pm 9,02$ ). Dada a elevada amplitude de variação, procedeu-se ao agrupamento em duas classes etárias, um com “idade inferior a 65 anos” e outro com “idade igual ou superior a 65 anos”. Verificou-se que 26,2% (n= 27, distribuídos por 16 do género masculino e 11 do feminino) dos participantes apresentavam idade < 65 anos e 73,8% (n= 76, distribuídos por 47 do género masculino e 29 do feminino)  $\geq$  65 anos.

Em relação ao estado civil, procedeu-se à recodificação desta variável constituindo-se dois grupos: “com companheiro” e “sem companheiro”. O grupo “com companheiro” engloba “casados” e em “união de facto”, o grupo “sem companheiro” engloba “solteiros”, “viúvos” e “divorciados”. Constatou-se que a maioria dos participantes 70,9% (n= 73, distribuídos por 49 do género masculino e 24 do feminino) tem companheiro enquanto 29,1% (n= 30, distribuídos por 14 do género masculino e 16 do feminino) não tem companheiro. Neste seguimento, em relação a “com quem vive” foi também dividido em dois grupos, “sozinho” e “acompanhado”. A maioria dos participantes vive acompanhado 88,3% (n= 91, distribuídos por 52 do género masculino e 39 do feminino) sendo que 11,7% vivem sozinhos (n= 12, distribuídos por 11 do género masculino e 1 do feminino).

Habilitações literárias foram reagrupadas em dois grupos, o primeiro “até ao ensino básico” e o segundo “ensino secundário e superior”. Identificámos o predomínio de participantes 89,3% (n= 92, distribuídos por 57 do género masculino e 35 do feminino) no primeiro grupo e 10,7% (n= 11, distribuídos por 6 do género masculino e 5 do feminino) no segundo.

A situação laboral foi reagrupada em “ativo” e “não ativo”. O primeiro grupo refere-se a “trabalhadores por conta própria”, “trabalhador por conta de outrem” e de “baixa médica”. O segundo grupo refere-se a “desempregado”, “estudante”, “doméstica” e “reformado”. A amostra é maioritariamente constituída por pessoas profissionalmente “não ativas” 88,3% (n= 91, distribuídos por 56 do género masculino e 35 do feminino) sendo que apenas 11,7% (n= 12, distribuídos por 7 do género masculino e 5 do feminino) são “ativas” profissionalmente.

Atividade profissional foi reagrupada em 4 grupos: “profissões intelectuais”, “profissões técnicas”, “sem profissão qualificada” e “não respondeu”. Verificou-se o predomínio de pessoas “sem profissão qualificada” 84,5% (n= 87, distribuídos por 50 do género masculino e 37 do feminino) e o menos frequente foram as “profissões intelectuais” com 7,9% (n= 3, distribuídos por 1 do género masculino e 2 do feminino). Apenas 3,9% (n= 4) não responderam a esta questão.

Sendo difícil quantificar em números o rendimento mensal, utilizámos níveis de mensuração que permitissem aos participantes responder em qual patamar se encontra o valor que auferem. Rendimento mensal foi reagrupado em 3 grupos: “até 490€”, “de 490 a 980€” e “mais de 980€”. Assim, apuramos que 70,9% (n= 73, distribuídos por 40 do género masculino e 33 do feminino) da amostra auferem um rendimento mensal inferior a 490€ e apenas 6,8% (n= 7, distribuídos por 6 do género masculino e 1 do feminino) auferem mais de 980€.

Quando inquiridos se “possuem condições económicas necessárias para a medicação e consultas médicas”, 68,0% (n= 70, distribuídos por 40 do género masculino e 30 do feminino) refere que “não”, enquanto 32,0% (n= 33, distribuídos por 23 do género masculino e 10 do feminino) refere que “sim”.

Quanto à residência, a maioria dos participantes vivia em “área rural” 63,1% (n= 65) e 36,9% (n= 38) vive em “área urbana”. Sendo que 99,0% (n= 102) vive em “casa ou apartamento” e apenas 1,0% (n= 1) vive em “lar ou instituição similar”.

A distribuição da amostra por distritos mostra um predomínio do distrito de Coimbra com 63,1% (n= 65), seguido de Leiria com 25,2% (n= 26).

Tabela 22 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do sexo

	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup> (p)
	(n = 63)		(n = 40)		(n=103)		Masc	Fem	
	n	%	n	%	n	%			
<b>Grupo etário</b>									
< 65 anos	16	15,5	11	10,7	27	26,2	-0,5	0,5	X <sup>2</sup> =0,056 p=0,813
≥ 65 anos	47	45,6	29	28,2	76	73,8	0,5	-0,5	
<b>Estado civil</b>									
Com companheiro	49	47,6	24	23,3	73	70,9	4,3	-4,3	X <sup>2</sup> =3,746 p=0,053
Sem companheiro	14	13,6	16	15,5	30	29,1	-4,3	4,3	
<b>Com quem vive</b>									
Acompanhado	52	50,5	39	37,8	91	88,3	3,7	-3,7	X <sup>2</sup> =5,32 p=0,026
Sozinho	11	10,7	1	1	12	11,7	-3,7	3,7	
<b>Habilitações literárias</b>									
Até ao ensino básico	57	55,3	35	34	92	89,3	0,7	-0,7	X <sup>2</sup> =0,227 p=0,634
Ensino secundário e superior	6	5,8	5	4,9	11	10,7	-7	0,7	
<b>Situação laboral</b>									
Ativo	7	6,8	5	4,9	12	11,7	-0,3	0,3	X <sup>2</sup> =0,046 p=0,830
Não ativo	56	54,4	35	33,9	91	88,3	0,3	-0,3	
<b>Atividade profissional</b>									
Profissões intelectuais	1	1	2	1,9	3	2,9	-0,8	0,8	X <sup>2</sup> =7,515 p=0,057
Profissões técnicas	9	8,7	0	0	9	8,7	3,5	-3,5	
Sem profissão qualificada	50	48,5	37	36	87	84,5	-3,2	3,2	
Não respondeu	3	2,9	1	1	4	3,9	0,6	-0,6	
<b>Rendimento mensal</b>									
Até 490€	40	38,8	33	32,1	73	70,9	-4,7	4,7	X <sup>2</sup> =4,597 p=0,100
490 a 980€	17	16,5	6	10,8	23	27,3	2,9	-2,9	
Mais de 980	6	5,8	1	1	7	6,8	1,7	-1,7	
<b>Condições económicas</b>									
Sim	23	22,3	10	9,7	33	32,0	2,8	-2,8	X <sup>2</sup> =1,488 p=0,223
Não	40	38,8	30	29,2	70	68,0	-2,8	2,8	
<b>Residência</b>									
Área rural	40	38,8	25	24,3	65	63,1	-0,2	0,2	X <sup>2</sup> =0,010 p=0,919
Área urbana	23	22,3	15	14,6	38	36,9	0,2	-0,2	
<b>Distrito</b>									
Aveiro	3	2,9	0	0	3	2,9	1,2	-1,2	X <sup>2</sup> =9,475 p=0,304
Bragança	1	1,0	0	0	1	1,0	0,4	-0,4	
Castelo Branco	3	2,9	0	0	3	2,9	1,2	-1,2	
Coimbra	36	35,0	29	28,1	65	63,1	-3,8	3,8	
Covilhã	1	1,0	0	0	1	1,0	0,4	-0,4	
Guarda	1	1,0	0	0	1	1,0	0,4	-0,4	
Leiria	16	15,5	10	9,7	26	25,2	0,1	-0,1	
Lisboa	0	0,0	1	1	1	1,0	-0,6	0,6	
Santarém	2	1,9	0	0	2	1,9	0,8	-0,8	

## 2.2 - Caracterização clínica da amostra

Pretende-se descrever as características clínicas da amostra (tabela 23), nomeadamente o peso, IMC, fatores de risco cardiovasculares, tipo de intervenção, etiologia da IC, classificação NYHA, fração de ejeção, doenças associadas, medicação habitual e número de reinternamentos de foro cardíaco após o primeiro.

O IMC estabelece uma relação entre o peso e a altura, sendo as unidades em Kg/m<sup>2</sup>. Observou-se um valor mínimo de 20,31 e o máximo 51,90. A média geral foi 28,99, sendo que para o género masculino foi 29,13 (DP= 3,52) e 28,78 (DP= 5,89) para o feminino.

Recodificou-se o IMC em 6 grupos, sendo: baixo peso (IMC  $\leq$  18); peso normal (18 < IMC  $\leq$  25); sobrepeso (25 < IMC  $\leq$  30); obesidade (30 < IMC  $\leq$  35); obesidade moderada (35 < IMC  $\leq$  40) e obesidade grave (IMC > 40). Com esta divisão, constatou-se que a maioria dos participantes 50,5% (n= 52, distribuídos por 34 do género masculino e 18 feminino) apresentou “sobrepeso”, apenas 14,6% (n= 15) apresentou “peso normal”, sendo que 35,0% (n= 36) apresentou “obesidade”, “obesidade moderada” ou “obesidade grave”. Desta forma, optou-se por transformar o IMC numa variável dicotómica: “baixo peso” ou “peso normal” e “excesso de peso”. Assim verificou-se que 85,4% (n= 88) dos participantes apresentava excesso de peso, dos quais os homens são mais representativos com 56,3% (n=58) Vs. 29,1% (n= 30), (p=0,023).

A análise das respostas relativas aos fatores de risco verificou-se que apenas 1 participante não apresentava qualquer fator de risco. Dos restantes, os fatores de risco predominantes corresponderam à “HTA” com 86,4% (n= 89), seguido da “dislipidémia” com 77,7% (n= 80), “diabetes” com 37,9% (n= 39), “obesidade” com 36,9% (n= 38).

Constatou-se ainda que, 40,8% (n= 42) dos participantes possuía “três” fatores de risco cardiovascular, seguido com “dois” 34% (n= 35) e com “quatro ou cinco” registámos 10,6% (n= 11).

No que concerne à intervenção a que foi submetido no último internamento, verificou-se que o mais instituído foi a “otimização terapêutica farmacológica”, com 53,4% (n= 55), seguido de “dispositivos implantáveis”, com 18,4% (n= 19), “cirurgia valvular”, com 12,6% (n= 13), e depois a “angioplastia” com 10,7% (n= 11).

Quanto à etiologia da IC, predominou a causa “valvular” com 39,8% (n= 41), seguido da “isquémica” com 26,2% (n= 27) e depois a “hipertensiva” com 20,4% (n= 21). Castro et al (2010) no seu trabalho obteve como causa principal para a IC, a hipertensão seguida isquémica.

No que respeita à capacidade funcional, prevaleceu a classe II com 35% (n= 36), seguida da classe III com 31,1% (n= 32), depois a classe I com 22,3% (n= 23) e por fim, a classe IV com 11,7% (n= 12).

A fração de ejeção foi distribuída em 3 grupos, com  $FE \leq 35\%$ ,  $35\% < FE \leq 50\%$  e  $FE > 50\%$ . Verificou-se que 38,8% (n= 40) situava-se no segundo grupo, 33% (n= 34) apresentavam  $FE \leq 35\%$  e que 28,2% (n= 29) apresentavam  $FE > 50\%$ .

As doenças associadas mais frequentes foram a HTA, dislipidemia, FA, obesidade e diabetes. A HTA verificou-se em 86,4% (n= 89) da amostra, seguida da dislipidemia em 77,7% (n= 80), FA com 47,6% (n= 49), diabetes em 37,9% (n= 39) e a obesidade com 35,9% (n= 37).

As medicações habituais mais frequentes por ordem decrescente foram os “anti-hipertensores” com 81,6% (n= 84), “anti-agregantes ou anti-coagulantes” com 79,6 (n= 82), “diuréticos” com 74,8% (n= 77), “Estatinas” com 72,8% (n= 75), “beta-bloqueantes” com 49,5% (n= 51), “anti-diabéticos orais e/ou insulinas” com 33% (n= 34) e os “anti-arritmicos” com 28,2 (n= 29).

Quanto ao número de reinternamentos, agrupou-se em três grupos: “ $\leq 1$  internamento”, “2 internamentos” e “ $\geq 3$  internamentos”. Verificou-se que o grupo “ $\leq 1$  internamento” teve maior representação com 59,2% (n= 61), seguido de “ $\geq 3$  internamentos” com 21,4% (n= 22), por fim 19,4% (n= 20) com “2 internamentos”.

Tabela 23 - Caracterização clínica da amostra em função do sexo

	Masculino		Feminino		Total		X <sup>2</sup> p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Apresenta fatores de risco</b>							
Não	0	0,0	1	1,0	1	1,0	X <sup>2</sup> = 1,590 p= 0,207
Sim	63	61,8	39	38,2	102	99,0	
<b>Fatores de risco</b>							
HTA	55	53,4	34	33,0	89	86,4	p=0,740
Dislipidemia	49	47,6	31	30,1	80	77,7	p=0,974
Diabetes	28	27,2	11	10,7	39	37,9	p=0,084
Obesidade	26	25,2	12	11,7	38	36,9	p=0,248
Tabagismo	2	1,9	1	1,0	3	2,9	p=0,843
Antecedentes familiares	2	1,9	5	4,9	7	6,8	p=0,067
<b>Fatores de risco associados</b>							
Um	6	5,9	8	7,8	14	13,7	X <sup>2</sup> = 2,581 p=0,461
Dois	22	21,6	13	12,7	35	34,3	
Três	28	27,5	14	13,7	42	41,2	
Quatro ou mais	7	6,9	4	3,9	11	10,8	
<b>Intervenção a que foi submetido</b>							
Dispositivos implantáveis	17	16,5	2	1,9	19	18,4	X <sup>2</sup> = 9,962 p=0,041
Cirurgia valvular	8	7,8	5	4,8	13	12,6	
CABG	4	3,9	0	0,0	4	3,9	
PTCA	6	5,8	5	4,9	11	10,7	
Otimização terapêutica	28	27,2	27	26,2	55	53,4	
<b>IMC</b>							
Peso normal	5	4,9	10	9,7	15	14,6	X <sup>2</sup> = 9,990 p=0,041
Excesso de peso	58	56,3	30	29,1	88	85,4	
<b>Etiologia</b>							
Isquêmica	19	18,4	8	7,8	27	26,2	X <sup>2</sup> = 4,499 p=0,212
Hipertensiva	14	13,6	7	6,8	21	20,4	
Valvular	20	19,4	21	20,4	41	39,8	
Outras	10	9,7	4	3,9	14	13,6	
<b>Classificação NYHA</b>							
Classe I	15	14,6	8	7,8	23	22,3	X <sup>2</sup> = 10,768 p=0,013
Classe II	17	16,5	19	18,4	36	35,0	
Classe III	19	18,4	13	12,6	32	31,1	
Classe IV	12	11,7	0	0,0	12	11,7	
<b>Fração de ejeção</b>							
≤ 35%	27	26,2	7	6,8	34	33,0	X <sup>2</sup> = 9,176 p=0,010
35% < FE ≤ 50%	18	17,5	22	21,4	40	38,8	
> 50%	18	17,5	11	10,7	29	28,2	

Tabela 23- Caracterização clínica da amostra em função do sexo (continuação)

	Masculino		Feminino		Total		$\chi^2$
	n	%	n	%	n	%	p
<b>Doenças associadas</b>							
Não apresenta doenças associadas	0	0,0	2	1,9	2	1,9	p=0,073
Doença isquêmica	12	11,6	1	1,0	13	12,6	p=0,014
Fibrilhação auricular	34	33	15	14,6	49	47,6	p=0,103
Doenças neurológicas (AVC, demências,...)	9	8,8	3	2,9	12	11,7	p=0,295
Doenças vasculares	9	8,8	2	1,9	11	10,7	p=0,137
Diabetes	28	27,2	11	10,7	39	37,9	p=0,084
HTA	55	53,4	34	33,0	89	86,4	p=0,740
Dislipidemia	49	47,6	31	30,1	80	77,7	p=0,974
Obesidade	25	24,3	12	11,6	37	35,9	p=0,248
Anemia	7	6,8	2	1,9	9	8,7	p=0,248
Insuficiência renal	11	10,7	7	6,8	18	17,5	p=0,996
Neoplasias	3	2,9	2	1,9	5	4,8	p=0,956
Asma/ bronquite ou outras doenças respiratórias	16	15,5	18	14,5	34	30,0	<b>p=0,045</b>
Osteoporose/problemas músculo-esqueléticos	11	10,7	17	16,5	28	27,2	<b>p=0,005</b>
Hipo/hipertireoidismo ou outras doenças endócrinas	6	5,8	7	6,8	13	12,6	p=0,235
Outras	13	12,6	3	2,9	16	15,5	p=0,073
<b>Medicação habitual</b>							
Anti-agregantes plaquetários ou Anti-coagulante	54	52,4	28	27,2	82	79,6	p=0,054
Beta-bloqueantes	28	27,2	23	22,3	51	49,5	p=0,196
Diuréticos	44	42,7	33	32,0	77	74,8	p=0,149
Anti-arrítmicos	24	23,3	5	4,9	29	28,2	<b>p=0,005</b>
Anti-hipertensores	52	50,5	32	31,1	84	81,6	p=0,746
Estatinas	45	43,7	30	29,1	75	72,8	p=0,691
Anti-diabéticos orais e/ou insulina	23	22,3	11	10,7	34	33,0	p=0,343
<b>Re-internamentos após o 1º internamento</b>							
≤ 1	36	35	25	24,2	61	59,2	$\chi^2= 0,299$ p=0,861
2	13	12,6	7	6,8	20	19,4	
≥ 3	14	13,6	8	7,8	22	21,4	

### 2.3 - Caracterização da terapêutica farmacológica

A análise das respostas relativas ao tipo de medicação (tabela 24) permite concluir que a medicação mais consumida são os antiagregantes/anticoagulantes 72,8% (n= 75) e os antihipertensores com 71,8% (n= 74), em ambos os casos com maior incidência nos homens. Seguido dos diuréticos com 64,1% (n= 66). Os medicamentos menos consumidos são os Beta-bloqueantes que representam 17,5% (n= 18) (tabela 24).

Tabela 24 - Conhecimento sobre o efeito da medicação habitual na perspectiva da pessoa com IC

Medicação	Masculino		Feminino		Total		$\chi^2$ p
	n	%	n	%	n	%	
Antiagregantes plaquetários/ anticoagulantes	49	47,6	26	25,2	75	72,8	p= 0,155
Beta-bloqueantes	9	8,7	9	8,7	18	17,5	p= 0,285
Diuréticos	39	37,9	27	26,2	66	64,1	p= 0,564
Antiarrítmicos	24	23,3	10	9,7	34	33,0	p= 0,168
AntiHipertensores	45	43,7	29	28,2	74	71,8	p= 0,747
Estatinas	30	29,1	25	24,3	55	53,4	p= 0,140
Antidiabéticos orais/insulina	20	19,4	9	8,7	29	28,2	p= 0,309

Verificou-se também a polimedicação, com o valor máximo de 18 comprimidos/ dia (n= 3) e o valor mínimo de 2 comprimidos/ dia (n= 4). A média de comprimidos diários é  $8,63 \pm 3,79$  por pessoa. Optou-se por agrupar o número de comprimidos diários da seguinte forma, verificou-se que 38,8% (n= 40) tomam entre 6 a 9 comprimidos por dia (tabela 25).

Tabela 25 - Numero total de comprimidos diários da amostra

Nº de comprimidos por dia	Masculino		Feminino		Total		$\chi^2$ p
	n	%	n	%	n	%	
< 6	12	11,7	11	10,7	23	22,3	$\chi^2= 3,631$ p= 0,304
$6 \leq n < 10$	22	21,4	18	17,5	40	38,8	
$10 \leq n < 14$	20	19,4	8	7,8	28	27,2	
$14 \leq n \leq 20$	9	8,7	3	2,9	12	11,7	

Constatou-se que 53,4% (n= 55) da amostra considera excessivo o número de medicamentos prescritos, havendo predomínio no sexo masculino 34% (n= 35). A maioria da amostra, 85,4 % (n= 88) considera que o esquema terapêutico não é complicado. No que se refere à presença de efeitos indesejados associados à medicação, 68,9% (n= 71) considera que não os apresentou, sendo repartido por 46,6% (n= 48) pelo género masculino e 22,3% (n= 23) pelo género feminino, com diferenças estatisticamente significativas (p= 0,046).

Tabela 26 - Perceção da pessoa com IC sobre a medicação

	Masculino		Feminino		Total		$\chi^2$ p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Quantidade de medicação prescrita</b>							
São excessivos	35	34,0	20	19,4	55	53,4	$\chi^2= 0,303$ $p= 0,582$
Não são excessivos	28	27,2	20	19,4	48	46,6	
<b>Esquema terapêutico complexo</b>							
Sim	12	11,7	3	2,9	15	14,6	$\chi^2= 2,622$ $p= 0,105$
Não	51	49,5	37	35,9	88	85,4	
<b>Efeitos indesejado com a medicação</b>							
Sim	15	14,6	17	16,5	32	31,1	$\chi^2= 3,991$ $p= 0,046$
Não	48	46,6	23	22,3	71	68,9	

Sobre os custos com a medicação (tabela 27) verificou-se que 44,7% (n= 46) da amostra gasta mensalmente mais de 40€, seguido por 41% (n= 43) gasta até 40€. O género masculino apresenta maior custo mensal com a medicação 57,2% (n= 59), estas diferenças são estatisticamente significativas ( $p= 0,015$ ).

Tabela 27 - Custos com a medicação

Gasto mensal com a medicação	Masculino		Feminino		Total		$\chi^2$ p
	n	%	n	%	n	%	
Não sabe/Sem custos	4	3,9	10	9,7	14	13,6	$\chi^2= 8,436$ $p= 0,015$
Até 40 €	26	25,2	17	16,5	43	41,7	
Superior a 40 €	33	32,0	13	12,6	46	44,7	

#### 2.4 - Caracterização dos estilos de vida

Os estilos de vida englobam hábitos alimentares (tipo de alimentação, confeção de alimentos e recomendações), uso de bebidas alcoólicas, atividade física, sono e repouso, “stress” e hábitos tabágicos.

Na tabela 28, apresenta-se os resultados referentes aos estilos de vida. Os valores de pontuação relativos aos “hábitos alimentares” variaram entre uma pontuação mínima de 40 e máxima de 86, com uma média de  $61,25 \pm 9,633$ .

Quanto ao “uso de bebidas alcoólicas”, os participantes apresentaram uma média de  $4,68 \pm 0,744$ , cujos valores variaram entre 1 e 5. Na “atividade física”, registou uma média de  $3,86 \pm 2,755$  que oscilou entre 2 e 10. A média obtida pelos participantes no parâmetro “sono e repouso” foi de  $3,18 \pm 0,825$ , com valores a variar entre 1 e 5.

Relativamente ao “stress”, a pontuação obtida variou de 1 a 5, com uma média de 3,10  $\pm$  1,043. Quanto ao parâmetro “hábitos tabágicos”, os participantes obtiveram uma média de 2,69  $\pm$  0,524, com variação entre 1 a 3.

Em relação ao valor global “estilos de vida”, esta pode variar entre o valor mínimo foi de 25 e valor máximo de 123 ponto.

Neste estudo obteve-se um mínimo de 52 e um máximo de 110, com média de 78,77  $\pm$  11,24, com uma dispersão baixa (CV= 14,3%).

Quanto ao género as mulheres apresentaram globalmente melhores estilos de vida, mas sem significado estatístico. As dimensões onde as mulheres mostraram melhores estilos de vida foram “hábitos alcoólicos” e “hábitos tabágicos”, apresentando diferenças estatisticamente significativos em relação aos homens.

Tabela 28 - Estatísticas relativas aos estilos de vida

	Total (n= 103)					Masculino (n= 63)	Feminino (n= 40)	U Mann-Whitney	p
	Máximo	Mínimo	Média	DP	CV (%)	Mean Rank	Mean Rank		
Hábitos alimentares	86	40	61,25	9,633	15,727	52,25	51,6	1244	0,914
Hábitos alcoólicos	5	1	4,68	0,744	15,897	48,1	58,15	1014	<b>0,020</b>
Atividade física	10	2	3,86	2,755	71,373	53,71	49,31	11552,5	0,406
Sono e repouso	5	1	3,18	0,825	25,943	52,51	51,2	1228	0,811
"Stress"	5	1	3,1	1,043	33,645	54,35	48,3	1112	0,297
Hábitos tabágicos	3	1	2,69	0,524	19,480	44,84	62,28	809	<b>0,000</b>
Valor global	110	52	78,77	11,240	14,269	51,97	52,05	1258	0,989

Para determinar a prevalência dos estilos de vida, esta variável foi dicotomizada tendo por base os pontos de corte na mediana. A mediana considerada para o corte foi de 78, daqui resultaram dois grupos: um grupo com valor global maior ou igual a 78, designou-se “estilos de vida saudáveis” e menor que 78 designou-se “estilos de vida não saudáveis”.

Pela tabela 29 verificou-se que 51,5% (n= 53) dos participantes apresentavam “estilos de vida saudáveis”, sendo o género masculino mais representativo com 31,1% (n= 32).

Tabela 29 - Caracterização dos estilos de vida

	Masculino (n= 63)		Feminino (n= 40)		Total		Residuais		$\chi^2$ p
	n	%	n	%	n	%	Masc	Fem	
Estilos de vida saudáveis	32	31,1	21	20,4	53	51,5	-0,4	0,4	$\chi^2=0,029$ p= 0,866
Estilos de vida não saudáveis	31	30,1	19	18,4	50	48,5	0,4	-0,4	

## 2.5 - Caracterização familiar

Para a caracterização familiar obteve-se informações sobre o tipo e funcionalidade da família. No que concerne a se “tem companheiro” ou “não tem companheiro” e se “viviam sozinhos” ou “acompanhados” já foram apresentados na caracterização sociodemográfica. A maioria dos participantes vivem acompanhados 88,3% (n= 91, distribuídos por 52 do género masculino e 39 do feminino) sendo que 11,7% vivem sozinhos (n= 12, distribuídos por 11 do género masculino e 1 do feminino).

Em relação à funcionalidade familiar, constatou-se que a “família altamente funcional” é a mais representativa com 44,7%, seguida de “família com disfunção leve” com 40,6,6% e por fim a “família com disfunção severa” com 14,6% (tabela 30).

Tabela 30 - Caracterização familiar

Tipo de relação familiar	Masculino		Feminino		Total		X <sup>2</sup> (p)
	(n = 63)		(n = 40)		(n=110)		
	n	%	n	%	n	%	
Família altamente funcional	29	28,2	17	16,5	46	44,7	X <sup>2</sup> = 1,568 P = 0,457
Família moderadamente disfuncional	27	26,2	15	14,6	42	40,8	
Família marcadamente disfuncional	7	6,8	8	7,8	15	14,6	

Na tabela 31 apresenta-se os resultados da aplicação da escala de avaliação da funcionalidade familiar (Apgar familiar). Verificou-se que os participantes obtiveram uma pontuação média de 6,25 ± 2,674, cujos valores oscilaram entre 0 e 10.

Quanto às diferenças de género pode-se dizer que são os homens que se encontram mais inseridas numa família mais funcional em oposição às mulheres, mas as diferenças são não estatisticamente significativas (Mean Rank=53,01 vs. Mean Rank=50,41; p<0,665).

Tabela 31 - Estatísticas relativas ao Apgar familiar

	Total (n= 103)					Masculino (n= 63)	Feminino (n= 40)	U Mann- Whitney	p
	Máx.	Mín.	Média	DP	CV (%)	Mean Rank	Mean Rank		
Escala de Apgar familiar	10	0	6,25	2,674	42,78	53,01	50,41	1196,5	0,665

## 2.6 - Caracterização das crenças acerca dos fármacos

Pela análise da tabela 32, constata-se que a dimensão “necessidades específicas”, varia entre um valor mínimo de 8 e um máximo de 25, correspondendo a uma média de 20,63  $\pm$  3,325. A dimensão “preocupações específicas”, variou 5 e 25, o que corresponde a uma média de 14,50  $\pm$  3,561.

Tabela 32 - Estatísticas relativas às crenças acerca dos fármacos

	Total (n= 103)					Masculino (n= 63)	Feminino (n= 40)	U Mann- Whitney	p
	Máximo	Mínimo	Média	DP	CV (%)	Mean Rank	Mean Rank		
Necessidades específicas	25	8	20,63	3,325	16,1	51,64	52,56	1237,5	0,876
Preocupações específicas	25	5	14,50	3,561	24,6	50,94	53,66	1193,5	0,651

## 2.7 - Caracterização da adesão ao regime terapêutico

### Caracterização da adesão farmacológica

Verificou-se valores de adesão à terapêutica farmacológica que oscilaram entre 3,43 e 6, cuja média foi de 4,78  $\pm$  0,513. O coeficiente de dispersão obtido foi de 10,73%, o que significa que existe uma dispersão de dados baixa. O quociente entre SK/EP e K/EP mostra que se está perante uma distribuição assimétrica positiva com enviesamento à esquerda e que a distribuição é mesocúrtica, respetivamente (tabela 33).

Tabela 33 - Estatística da adesão à terapêutica farmacológica

	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	DP	CV (%)	SK/EP	K/EP
MAT	6	3,43	4,78	4,7143	0,513	10,73	2,31	0,96

### Caracterização da adesão ao autocuidado

Os resultados dos padrões de respostas em cada item da EHFScBS encontram-se na tabela 36. Note-se que, mesmo tendo sido considerada para a análise fatorial a escala com 9 itens e destes tendo sido eliminados 2, opta-se por apresentar o padrão de resposta aos 12 itens, uma vez que se considerou importante obter a resposta a todos os itens para compreender melhor o comportamento da pessoa com IC, considerando desta forma cada item como uma questão individualizada.

Para Jaarsma et al (2009), numa meta análise que avalia o autocuidado em 15, define como baixo autocuidado a escolha das pontuações 3, 4 e 5 da escala.

Assim sendo, os itens 2, 6, 7, 9, 10 e 11 indicam uma boa adesão para comportamentos de autocuidado recomendados pelas diretrizes nacionais e internacionais para o tratamento não-farmacológico da IC. Contudo, observou-se algumas exceções, nomeadamente para os Itens 1, 3, 4, 5, 8 e 12. Estes resultados indicam que dificuldades em realizar a vigilância diária do peso corporal e em realizar alguma atividade física regular. No que se refere aos itens 3, 4, 5 e 8 demonstra que habitualmente não pedem ajuda aos profissionais de saúde quando surgem sinais de descompensação. Pode-se observar alguma exceção para o caso do item 5, no qual parece que se houver um aumento de peso de 2 quilos a pessoa com IC contacta o médico ou enfermeiro.

Tabela 34 - Distribuição de respostas por cada item da EHFScBS

	Concordo Totalmente					Discordo Totalmente	Média	DP	CV (%)
	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5				
1. Peso-me todos os dias	2,9% (n= 3)	2,9% (n= 3)	13,6% (n= 14)	42,7% (n= 44)	37,9% (n= 39)	4,10	0,945	23,1	
2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	52,4% (n= 54)	39,8% (n= 41)	4,9% (n= 5)	2,9% (n= 3)	0% (n= 0)	1,58	0,721	45,6	
3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	5,8% (n= 6)	9,7% (n= 10)	25,2% (n= 26)	54,5% (n=56)	5,9% (n= 6)	3,43	0,946	27,6	
4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	4,9% (n= 5)	18,4% (n= 19)	25,5% (n= 26)	50,5% (n= 52)	1% (n= 1)	3,24	0,934	28,8	
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	0% (n= 0)	22,3% (n= 23)	34% (n= 35)	36,9% (n= 38)	6,8% (n= 7)	3,28	0,890	27,1	
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	21,4% (n= 22)	31,1% (n= 32)	6,2% (n= 71)	16,5% (n= 17)	4,9% (n= 5)	2,52	1,145	45,4	
7. Faço um momento para o descanso durante o dia	62,1% (n= 64)	22,3% (n= 23)	8,7% (n= 9)	2,9% (n= 3)	3,9% (n= 4)	1,64	1,028	62,6	
8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	4,9% (n= 5)	8,7% (n= 9)	25,2% (n= 26)	56,3% (n= 58)	4,9% (n= 5)	3,48	0,906	26,1	
9. Faço uma dieta com pouco sal	15,5% (n= 16)	43,7% (n= 45)	33% (n= 34)	5,8% (n= 6)	1,9% (n= 2)	2,35	0,882	37,6	
10. Tomo a medicação tal como foi receitada	20,4% (n= 21)	46,6% (n= 48)	29,1% (n= 30)	3,9% (n= 4)	0% (n= 0)	2,17	0,793	36,6	
11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	47,6% (n= 49)	29,1% (n= 30)	7,8% (n= 8)	4,9% (n= 5)	10,7% (n= 11)	2,02	1,313	65,0	
12. Faço exercício regularmente	4,9% (n= 5)	15,5% (n= 16)	9,7% (n= 10)	19,4% (n= 20)	50,5% (n= 52)	3,95	1,294	32,7	
Geral						2,96	0,565	19,1	

Para melhor se analisar e relacionar o autocuidado da pessoa com IC, optou-se com inverter a cotação da escala, ou seja, a partir deste ponto considera-se que a pontuação 1 é “Discordo totalmente” e a pontuação 5 é “Concordo totalmente”. Desta forma valores mais elevados correspondem a um melhor autocuidado. Este procedimento relaciona-se com a

necessidade de converter este valor em percentagem, na qual quanto maior a percentagem melhor é o autocuidado na IC. Neste seguimento, calculou-se um valor total da escala, que resulta do somatório dos 7 itens que emergiram da análise fatorial exploratória e confirmatória. Estes itens são o item 1, 3, 4, 6, 8, 9 e 10. Optou-se por recodificar a escala de forma a valores mais elevados correspondesse a melhor autocuidado. O valor mínimo deste somatório é 7, que corresponde ao pior autocuidado na IC e máximo é 35, que corresponde ao melhor autocuidado na IC. A conversão para percentagem resulta da aplicação da seguinte expressão:

$$\text{Valor \%} = \frac{(\sum_{i=1}^7 \text{item } i) - 7}{(35 - 7)} \times 100$$

Verificou-se valores de autocuidado na IC que oscilaram entre 14 e 35, cuja média foi de  $20,72 \pm 3,954$ . O coeficiente de dispersão obtido foi de 19,08%, o que significa que existe uma dispersão de dados moderada. O quociente entre SK/EP e K/EP informa que se está perante uma distribuição, assimétrica positiva com enviesamento à esquerda e que a distribuição é leptocúrtica, respetivamente (tabela 35).

Na nossa amostra verificou-se um valor médio do score total de  $20,72 \pm 3,954$ . Estes resultados poderão também refletir a inexistência da ajuda sistematizada de enfermeiros nesta consulta para ajudarem as pessoas a integrarem no quotidiano o regime de tratamento, com especial ênfase no regime não farmacológico.

Tabela 35 - Estatística do valor global da EHFScBS

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	DP	CV (%)	SK/EP	K/EP
Valor global	14	35	20,72	20	3,954	19,08	4,51	3,47

Apresentados os resultados referentes às características sociodemográficas, clínicas, farmacológicas, estilos de vida, tipo de funcionalidade familiar e crenças sobre os medicamentos, responde-se às questões de investigação que foram formuladas e que foram apresentadas no decurso da metodologia.

## 2.8 - Avaliação da adesão ao regime terapêutico

Qual a prevalência da adesão ao regime terapêutico (adesão farmacológica e adesão ao autocuidado) da pessoa com IC?

Pela tabela 36 observa-se que somente 54,4% (n= 56) dos participantes aderem à terapêutica farmacológica. Note-se que o ponto de corte estabelecido para a adesão e não adesão foi a mediana obtida na dicotomização da escala.

No que se refere ao autocuidado, verificou-se que 43,7% (n= 45) dos participantes apresentam um autocuidado adequado. Note-se que o ponto de corte estabelecido para “adequado autocuidado” e “défice de autocuidado” foi a mediana.

As diferenças entre género não são estatisticamente significativas.

Tabela 36 - Prevalência da adesão ao regime terapêutico

	Masculino (n= 63)		Feminino (n= 40)		Total		Residuais		χ <sup>2</sup> p
	n	%	n	%	n	%	Masc	Fem	
<b>Adesão farmacológica</b>									χ <sup>2</sup> = 1,244 p= 0,265
Adesão	37	35,9	19	18,4	56	54,4	2,7	-2,7	
Não adesão	26	25,2	21	20,4	47	45,6	-2,7	2,7	
<b>Adesão ao autocuidado</b>									χ <sup>2</sup> = 1,018 p= 0,313
Adequado autocuidado	30	29,1	15	14,6	45	43,7	2,5	-2,5	
Défice de autocuidado	33	32,0	25	24,3	58	56,3	-2,5	2,5	

## 2.9 - Variáveis sociodemográficas e a adesão ao regime terapêutico

Quais as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, apoio familiar, habilitações literárias, situação profissional e rendimento mensal) que influenciam ao regime terapêutico (adesão farmacológica e adesão ao autocuidado) da pessoa com IC?

Na tabela 37, apresenta-se os resultados em que medida as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, género, grupo etário, estado civil, escolaridade, situação laboral, rendimento mensal, condições económicas para os tratamentos e residência influenciam a adesão ao tratamento farmacológico e ao autocuidado.

No que se refere à adesão ao tratamento farmacológico, constatou-se que os participantes do género masculino obtiveram médias mais elevadas do que o do género

feminino. O grupo mais jovem (idade  $\leq 65$  anos) registou melhor adesão ao tratamento do que os mais velhos. Os participantes que vivem com companheiro apresentam média ordenada mais elevada. As pessoas profissionalmente “ativos” tiveram melhores índices de adesão ao tratamento do que os “inativos”. Os participantes com rendimentos mensais mais elevados e que possuíam melhores condições económicas aderiram ao tratamento. As pessoas que vivem em meio urbano apresentam adesão mais elevada. No entanto, não se confirmou a influência de nenhuma variável sociodemográfica na adesão ao tratamento farmacológico da pessoa com IC. No entanto, não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre qualquer variável sociodemográfica e a adesão farmacológica da pessoa com IC.

No que diz respeito à adesão ao autocuidado, verificou-se que os participantes do género masculino obtiveram médias mais elevadas do que o do género feminino. O grupo mais velho (idade  $> 65$  anos) registou melhor autocuidado do que o grupo mais jovem. Os participantes que vivem com companheiro apresentam média ordenada mais elevada.. As pessoas profissionalmente “ativos” tiveram melhor média ordenada de autocuidado do que os “inativos”. Os participantes que referem “ter condições económicas para os tratamentos”, apresentaram médias de autocuidado maiores. As pessoas que vivem em meio urbano apresentam em média melhor autocuidado. No entanto, não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre qualquer variável sociodemográfica e o autocuidado da pessoa com IC.

Tabela 37 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão ao regime terapêutico

Variáveis sociodemográficas	n	Adesão farmacológica			Adesão ao autocuidado		
		Mean Rank	Teste	p	Mean Rank	Teste	p
<b>Género</b>							
Masculino	63	55,09	UMW= 1065,5	0,182	55,13	UMW= 1062,5	0,179
Feminino	40	47,14			47,06		
<b>Grupo etário</b>							
< 65 anos	27	57,44	UMW= 879	0,263	49,85	UMW= 968	0,662
≥ 65 anos	76	50,07			52,76		
<b>Estado civil</b>							
Com companheiro	73	53,77	UMW= 965,5	0,34	53,05	UMW= 1018	0,574
Sem companheiro	30	47,68			49,43		
<b>Habilitações literárias</b>							
Até ao ensino básico	92	52,05	UMW= 501	0,957	50,25	UMW= 345	0,084
Ensino secundário/superior	11	51,55			66,64		
<b>Situação laboral</b>							
Ativo	12	53,54	UMW= 527,5	0,847	55,54	UMW= 503,5	0,660
Não ativo	91	51,80			51,63		
<b>Rendimento mensal</b>							
Até 490€	73	50,76	KW= 0,451	0,798	48,68	KW= 3,932	0,140
490 a 980€	23	55,26			62,76		
Mais de 980	7	54,21			51,21		
<b>Condições económicas</b>							
Sim	33	53,41	UMW= 1108,5	0,739	52,6	UMW= 1135,5	0,890
Não	70	51,34			51,7		
<b>Residência</b>							
Área rural	65	51,88	UMW= 1227	0,956	50,85	UMW= 1160	0,606
Área urbana	38	52,21			53,97		

## 2.10 - Variáveis clínicas e a adesão ao regime terapêutico

Quais as variáveis clínicas (IMC, etiologia, capacidade funcional, fatores de risco cardiovasculares, duração e, doenças associadas, medicação habitual e reinternamentos devido à IC) que influenciam a adesão ao regime terapêutico (adesão farmacológica e adesão ao autocuidado) da pessoa com IC?

Para efetuar o estudo entre as variáveis clínicas e a adesão ao tratamento farmacológico, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis e teste Mann-Whitney (tabela 38).

No que diz respeito ao número de fatores de risco os participantes com “quatro ou mais fatores” evidenciam melhor adesão à terapêutica farmacológica, em oposição a quem “um fator de risco” que apresentam pior adesão.

Quanto ao tipo de intervenção, constatou-se que os doentes em que a intervenção foi a “cirurgia valvular” apresentaram melhores adesões farmacológicas, seguidos dos intervencionados com “otimização terapêutica”. Os doentes com implantação de “CABG” surgem com piores adesões farmacológicas.

Os participantes com “excesso de peso” apresentaram melhor adesão em oposição aos participantes com “peso normal”.

Quando a etiologia a causa “outras”, que inclui causa idiopáticas, tóxicos e alcoolismo, apresentaram melhor adesão à terapêutica farmacológica, seguido da causa “hipertensiva”. A adesão farmacológica é mais baixa na causa “isquémica”.

Quanto à capacidade funcional da IC, fração de ejeção e nº de reinternamentos, verifica-se que não existe nenhuma tendência marcada sobre a adesão farmacológica. No entanto, não se confirmou a influência de nenhuma variável clínica na adesão a terapêutica farmacológica da pessoa com IC.

Sobre o número de fatores de risco, quanto maior o número de factores de risco, melhor o autocuidado, existindo diferenças significativas.

Quanto ao tipo de intervenção, constatou-se que os doentes em que a intervenção foi a implantação de “CABG” apresentaram melhor autocuidado, seguidos dos intervencionados com “Dispositivos implantáveis”. Os doentes com implantação de “PTCA” surgem com pior autocuidado.

Os participantes com “excesso de peso” apresentaram melhor autocuidado que os participantes com “peso normal”.

Quando a etiologia, a “valvular” e “outras” são as que apresentam autocuidados mais baixa, sendo mais elevada quando a etiologia são “hipertensiva” e “isquémica”.

Quanto à classificação NYHA da IC, fração de ejeção e nº de reinternamentos, verifica-se que não existe nenhuma tendência marcada sobre o autocuidado.

Tabela 38 - Relação entre as variáveis clínicas e a adesão ao tratamento farmacológico

Variáveis clínicas	n	Adesão farmacológica			Adesão ao autocuidado		
		Mean Rank	Teste	p	Mean Rank	Teste	p
<b>Nº de fatores de risco</b>							
Um	14	46,04	KW= 2,949	0,400	36,14	KW= 8,523	<b>0,036</b>
Dois	35	53,20			46,74		
Três	42	48,67			57,07		
Quatro ou mais	11	63,86			64,91		
<b>Intervenções</b>							
Dispositivo implantável	20	48,40	KW= 4,396	0,355	57,30	KW= 1,988	0,738
Cirurgia valvular	13	56,15			55,88		
CABG	4	34,63			57,88		
PTCA	11	41,00			44,00		
Optimização terapêutica	55	55,79			50,33		
<b>IMC</b>							
Peso normal	15	42,87	UMW= 523	0,194	44,97	UMW= 554,5	0,321
Excesso de peso	88	53,56			53,20		
<b>Etiologia</b>							
Isquêmica	27	41,11	KW= 5,713	0,126	55,07	KW= 4,003	0,262
Hipertensiva	21	58,55			60,43		
Valvular	41	53,26			45,41		
Outras	14	59,50			52,71		
<b>Capacidade funcional</b>							
Classe I	23	51,41	KW= 0,779	0,854	46,22	KW= 3,491	0,322
Classe II	36	54,93			58,29		
Classe III	32	48,72			47,45		
Classe IV	12	53,08			56,33		
<b>Fração de ejeção</b>							
≤ 35%	34	49,31	KW= 3,407	0,182	53,81	KW= 1,124	0,570
35% < FE ≤ 50%	40	48,11			48,16		
> 50%	29	60,52			55,17		
<b>Re-internamentos após o 1º internamento</b>							
≤ 1	61	52,89	KW= 2,943	0,230	50,43	KW= 1,423	0,491
2	20	58,70			59,10		
≥ 3	22	43,45			49,89		

### 2.11 - Variáveis farmacológicas e a adesão ao regime terapêutico farmacológico

Quais as variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica (posologia, quantidade prescrita, dificuldade em seguir a prescrição, custo e efeitos secundários da medicação) que influenciam adesão farmacológica da pessoa com IC?

Na tabela 39 são apresentados os resultados da relação entre as variáveis relacionadas com a medicação e a adesão à terapêutica farmacológica. Desta salienta-se que

os participantes que consideraram o número de comprimidos não excessivos, que acharam complicado o esquema terapêutico e que apresentaram efeitos indesejados com a medicação apresentaram níveis inferiores de adesão farmacológica.

Quanto ao custo da medicação, observou-se uma tendência que quanto maiores os custos menor a adesão à terapêutica farmacológica.

As médias ordenadas de adesão à terapêutica são muito semelhantes independentemente do número de comprimidos diários.

Tabela 39 - Percepção sobre a medicação na visão do doente e a adesão à terapêutica

Variáveis relacionadas com a medicação	n	Adesão farmacológica		
		X ± DP Mean Rank	Teste	p
<b>Quantidade de medicação prescrita</b>				
São excessivos	55	64,16±29,338	t teste= 0,084	0,933
Não são excessivos	48	63,69±26,351		
<b>Esquema terapêutico complicado</b>				
Sim	15	42,0	UMW= 510,5	0,156
Não	88	53,7		
<b>Efeitos indesejado com a medicação</b>				
Sim	32	44,6	UMW= 900,5	0,089
Não	71	55,3		
<b>Custo mensal com a medicação</b>				
Não sabe/ Sem custos	14	66,82	KW= 4,197	0,123
Até 40 €	43	50,65		
Superior a 40 €	46	48,75		
<b>Nº de comprimidos por dia</b>				
< 6	23	51,13	KW= 0,046	0,997
6 ≤ n < 10	40	52,7		
10 ≤ n < 14	28	51,7		
14 ≤ n ≤ 20	12	52,0		

## 2.12 - Variáveis familiares e a adesão ao regime terapêutico

Quais as variáveis familiares que predizem a adesão ao regime terapêutico (farmacológica e autocuidado) da pessoa com IC?

Optou-se por analisar a relação entre o tipo de família e a adesão ao regime terapêutico pelo estabelecimento de correlações. Pela análise da tabela 40, verifica-se que existe uma correlação moderada entre a adesão ao tratamento farmacológico e a

“funcionalidade familiar” ( $r = 0,279$ ,  $p = 0,004$ ). O valor do Apgar familiar explica 6,9% da variabilidade da adesão.

Tabela 40 - Regressão linear simples entre a adesão ao tratamento farmacológico e tipo de família

Variável dependente: MAT				
Método =	"stepwise"			
R =	0,279			
R <sup>2</sup> =	0,078			
R <sup>2</sup> ajustado =	0,069			
Erro padrão de estimativa =	26,87			
Incremento de R <sup>2</sup> =	0,078			
F =	8,558			
p =	0,004			
Pesos de regressão				
Variáveis independentes	Coefficientes beta	Coefficiente padronizado	t	p
Constante	45,739		6,765	0,000
Apgar familiar	0,291	0,279	2,925	0,004

Da mesma forma analisou-se as correlações existentes entre o autocuidado e a “funcionalidade familiar”, esta é moderada ( $r = 0,252$ ,  $p = 0,01$ ). O valor do Apgar familiar explica 5,4% da variabilidade do autocuidado (tabela 41).

Tabela 41 - Regressão linear simples entre o autocuidado e o tipo de família

Variável dependente: Escala europeia de autocuidado na IC				
Método =	"stepwise"			
R =	0,252			
R <sup>2</sup> =	0,064			
R <sup>2</sup> ajustado =	0,054			
Erro padrão de estimativa =	13,43			
Incremento de R <sup>2</sup> =	0,064			
F =	6,877			
p =	0,010			
Pesos de regressão				
Variáveis independentes	Coefficientes beta	Coefficiente padronizado	t	p
Constante	40,658		11,768	0,000
Apgar familiar	0,133	0,252	2,622	0,010

### 2.13 - Variáveis relacionadas com as crenças acerca da medicação e a adesão farmacológica

Quais as variáveis relacionadas com as crenças acerca da medicação que predizem a adesão farmacológica da pessoa com IC?

Na tabela 42 apresenta-se a tentativa de estabelecer uma relação linear múltipla pelo método “Enter” entre as duas dimensões da escala de crenças dos medicamentos e a adesão à terapêutica farmacológica, verificou-se que não existe relação estatisticamente significativa entre elas. Pelo que se considera que estas duas dimensões não são preditoras da adesão à terapêutica farmacológica.

Tabela 42 - Regressão linear múltipla entre as dimensões da escala de crenças dos medicamentos e a adesão à terapêutica farmacológica

Variável dependente: MAT				
Método =	"Enter"			
R =	0,095			
R <sup>2</sup> =	0,009			
R <sup>2</sup> ajustado =	-0,011			
Erro padrão de estimativa=	28,00			
Incremento de R <sup>2</sup> =	0,009			
F =	0,46			
p =	0,633			
Pesos de regressão				
Variáveis independentes	Coeficientes beta	Coeficiente padronizado	t	p
Constante	556,781		3,538	0,001
Necessidades específicas	0,134	0,08	0,796	0,428
Preocupações específicas	-0,069	-0,044	-0,440	0,661

### 2.14 - Estilos de vida e a adesão ao autocuidado

Os estilos de vida predizem a adesão ao autocuidado da pessoa com IC?

Na tabela 43 apresenta-se a regressão linear simples pelo método “Stepwise” entre a escala dos estilos de vida e o autocuidado na IC, verificou-se que existe uma correlação moderada ( $r= 0,410$ ) e uma relação estatisticamente significativa entre elas ( $p= 0,000$ ). Pelo que se considera que os estilos de vida são preditores do autocuidado na IC. Os estilos de vida explicam 17,6% da variabilidade do autocuidado na IC. Procedeu-se de igual forma para

obter uma regressão linear múltipla, mas neste caso, não havia diferenças estatisticamente significativas, pelo que estas variáveis não eram preditoras do autocuidado.

Tabela 43 - Regressão linear simples entre os estilos de vida e a adesão ao autocuidado na IC

Variável dependente: autocuidado na IC				
Método =	"Stepwise"			
R =	0,410			
R <sup>2</sup> =	0,184			
R <sup>2</sup> ajustado =	0,176			
Erro padrão de estimativa=	12,82			
Incremento de R <sup>2</sup> =	0,184			
F =	2,850			
p =	0,000			
Pesos de regressão				
Variáveis independentes	Coefficientes beta	Coefficiente padronizado	t	p
Constante	19,978		3,222	0,002
Valor global - Estilos de vida	0,529	0,430	4,780	<b>0,000</b>

Em forma de resumo, neste estudo verificou-se que a adesão ao tratamento farmacológico está estatisticamente relacionada com a funcionalidade familiar (figura 5). No que se refere à adesão ao autocuidado, verificou-se que o número de fatores de risco, funcionalidade familiar e os estilos de vida são variáveis estatisticamente significativas (figura 6).



Figura 5- Variáveis estatisticamente significativas e a adesão ao regime terapêutico farmacológico



Figura 6- Variáveis estatisticamente significativas e a adesão ao regime terapêutico autocuidado

### Capítulo 3 – Discussão

Após a apresentação dos resultados, a sua discussão é uma fase pertinente de um estudo científico pois permite refletir sobre a investigação realizada, enfatizar os dados mais significativos e confrontá-los com a literatura científica.

A discussão dos resultados será efetuada segundo a ordem sequencial da apresentação dos resultados.

#### 3.1 - Prevalência da adesão ao regime terapêutico

Com este estudo pretendia-se determinar a prevalência da adesão ao regime terapêutico farmacológico e a prevalência do autocuidado do doente com IC. Pelos resultados obtidos observa-se que mais de metade da nossa amostra (54,4%) se revelou aderente à terapêutica medicamentosa. Este valor próximo de 50% está em concordância com resultados obtidos por alguns autores (Santos et al, 2010; Lunelli et al, 2009) e ainda a (WHO, 2003) quando relata que nos países desenvolvidos apenas 50% dos pacientes que sofrem de doenças crónicas aderem às recomendações de tratamento. Confirma-se, assim, a necessidade de investir em ações dirigidas à pessoa com IC com o objetivo de incrementar a adesão à farmacoterapia.

No que se refere ao autocuidado na pessoa com IC, 43,7% apresentava um padrão adequado de autocuidado na IC. Estes resultados não estão de acordo com Ávila (2012) e Conceição (2015), estas constaram que o autocuidado na IC é inadequado. Já Castro (2010), concluiu que apenas 18% da amostra eram aderentes ao tratamento não farmacológico (autocuidado).

Estes resultados poderão também refletir a inexistência da ajuda sistematizada de enfermeiros nesta consulta para ajudarem as pessoas a integrarem no quotidiano o regime de tratamento, com especial ênfase no regime não farmacológico. Segundo, Conceição (2015) os indivíduos que participaram em programa educacional de autocuidado com consulta médica e de enfermagem apresentaram melhor comportamento de autocuidado

Lunelli (2009) num estudo sobre adesão farmacológica e não farmacológica na doença cardíaca refere que a maioria dos doentes é mais aderente à terapia farmacológica do que às medidas de autocuidado. Isto faz inferir que os doentes não estão convencidos da real

importância de mudar alguns dos seus hábitos esperando somente que a medicação controle os fatores de risco e a prevenção de novos eventos cardíacos.

### 3.2 - Variáveis sociodemográficas e a adesão ao regime terapêutico

A amostra deste trabalho é constituída por 103 participantes, 61,2% (n= 63) do género masculino e 38,8% (n= 40) do feminino. Esta distribuição está de acordo com Castro et al (2010), num estudo com 252 participantes, teve 60% (n= 151) da amostra do género masculino. Também, Conceição et al (2015) no seu estudo com pessoas com IC, teve uma amostra com predomínio do género masculino (54,3%).

A amostra deste trabalho apresenta uma média de idade mais elevada em comparação com outros estudos com pessoas com IC, Castro et al (2010) obteve na sua amostra idade média de  $63\pm 13$  anos e Conceição et al (2015) obteve  $57,7\pm 11,3$  anos.

Começando pela variável género, o género masculino possui médias mais elevadas na adesão terapêutica. Estes resultados estão de acordo com Granger (2009). Por outro lado, existe literatura na qual a variável género não tem demonstrado uma relação consistente com a adesão. (Cabral & Silva, 2010; Vermeire, et al, 2001).

Quanto à idade, se a não adesão é sempre um problema recorrente em qualquer grupo etário, alguns autores referem que, com o avançar dos anos, ela tende a agudizar-se. A excessiva complexidade dos regimes terapêuticos aliada às alterações de memória e compreensão verificadas predominantemente em doentes com grupo etário avançado dificulta a execução do esquema estipulado (Cabral & Silva, 2010; Bugalho & Carneiro 2004). O presente estudo corrobora estes pressupostos uma vez que obteve-se médias de adesão superiores no grupo etário mais jovem.

Relativamente ao estado civil, as maiores médias de adesão pertencem aos sujeitos da amostra do grupo “com companheiro”. Resultado este que vai de encontro ao de outros estudos (Cabral & Silva, 2010, Santos, 2010, Lunelli et al, 2009). Em contrapartida, o que se refere a viver “sozinho” ou “acompanhado”, verificou-se que quem vive “sozinho” apresenta média ordenada de adesão superior.

Apurou-se que as habilitações literárias apresentam valores semelhantes sem diferenças estatísticas significativas. Este resultado não está de acordo com Cabral & Silva (2010) e Ho et al (2009), estes referem que maiores habilitações literárias facultarão uma maior capacidade para perceberem que a condição da sua doença é determinante para a adesão à terapêutica, comparativamente aos participantes com menos habilitações literárias.

Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à situação laboral, verificaram-se maiores médias de adesão terapêutica nos indivíduos em situação laboral “ativo”. Estes resultados estão em consonância com o estudo de Bugalho & Carneiro (2004) onde é referido que o desemprego, coloca os doentes em situações de desvantagem, forçando a ponderação de prioridades que podem não incluir o cumprimento da medicação.

Neste seguimento, verificou-se ainda que existe uma tendência entre o rendimento mensal e a adesão ao regime terapêutico. Quando existe um rendimento mensal baixo pode existir dificuldade em comprar os medicamentos por motivos económicos (Cabral & Silva, 2010). Também os resultados relativos à perceção sobre possuir condições económicas para tratar a doença corroboram o referido anteriormente, ou seja, os participantes que consideram possuir condições económicas para a medicação e tratamentos apresentaram em média melhor adesão, este resultado está de acordo com Albert (2008).

A zona de residência dos inquiridos não influenciou de forma significativa a adesão ao regime terapêutico farmacológico, no entanto pode-se mencionar que as maiores médias de adesão se verificaram nos sujeitos que residiam em meio urbano.

Com efeito, vários estudos referem que as variáveis sociodemográficas não influenciavam a adesão ao regime terapêutico (Castro et al, 2010).

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

Sobre o autocuidado na IC, constatou-se que os participantes: do género masculino obtiveram médias mais elevadas do que o do género feminino. Este resultado não corrobora as conclusões de Riegel et al (2011), que verificou melhor autocuidado nas mulheres.

O grupo com idade mais elevada (idade > 65 anos) registou melhor autocuidado, este resultado está de acordo com Peters-Klimm et al (2012) e Riegel et al (2011)

Os participantes que vivem com companheiro apresentam média ordenada mais elevada. Estes dados corroboram o estudo de Bennet (2001), no qual afirma que pacientes casados/ com companheiro têm apoio social elevado, o que contribui para o melhor estado emocional e melhor qualidade de vida, melhorando o autocuidado e conseqüentemente

reduzindo os reinternamentos. No entanto, Castro et al (2010), tal como neste estudo, observou que não havia diferenças estatisticamente significativas entre o autocuidado e se vivem sozinhos ou acompanhados.

Os participantes com habilitações até ao ensino básico apresentam média ordenada menor que o outro grupo. Este resultado está de acordo com González et al (2013), segundo o qual pessoas com nível de educação mais elevado têm melhor nível de autocuidado.

Os participantes com menores rendimentos mensais e “não ter condições económicas para os tratamentos”, apresentaram médias de autocuidado menores. Mendes et al (2010) concluiu que as dificuldades económicas, resultantes de rendimentos baixos e crescentes despesas de saúde/doença contribuíam para um autocuidado inadequado.

### 3.3 - Variáveis clínicas e a adesão ao regime terapêutico

No que diz respeito às variáveis clínicas, estas não influenciaram significativamente a adesão ao regime terapêutico com a exceção dos fatores de risco.

Contudo quanto à comorbilidade, Choudhry et al. (2011) referem que os doentes apresentam contribuem para a complexidade terapêutica, já que envolvem múltiplos medicamentos e dosagens diárias frequentes, podendo comprometer a gestão eficaz da doença crónica.

Os dados obtidos neste trabalho não corroboram com Choudhry et al. (2011), pois verificou-se que os sujeitos que possuíam quatro ou mais fatores de risco demonstram melhor adesão, comparativamente aos que possuíam menor número de fatores de risco.

O nº de internamentos não está relacionado com a adesão farmacológica, este resultado está de acordo com Castro (2010).

Quanto ao tipo de intervenção, constatou-se que os doentes em que a intervenção foi a “CABG” apresentaram melhor autocuidado, seguidos dos intervencionados com “Dispositivos implantáveis”. Os doentes com implantação de “PTCA” surgem com pior autocuidado. De acordo com Peters-Klimm et al (2012) as pessoas que apresentaram melhor autocuidado foram as submetidas a cirurgia valvular, seguidas de “CABG”.

Quando a etiologia, a “valvular” e “outras” são as que apresentam autocuidados mais baixa, sendo mais elevada quando a etiologia é “hipertensiva” e “isquémica”. Peters-Klimm et al (2012), determinou que o álcool está significativamente relacionado com a diminuição de autocuidado.

Quanto à classificação NYHA da IC e número de reinternamentos, verifica-se que não existe nenhuma tendência marcada sobre o autocuidado. No entanto, segundo Castro et al (2010) as pessoas não aderentes ao tratamento não farmacológico apresentavam maior número de internamentos. O mesmo autor, concluiu que quanto maior o número de internamentos maior o conhecimento sobre a IC, no entanto nem sempre este conhecimento é acompanhado por mudanças de comportamentos e estilos de vida, que se traduzisse num autocuidado adequado.

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a fração de ejeção e o autocuidado. Conceição et al (2015), num estudo quantitativo sobre a adesão à terapêutica em doentes com patologia cardíaca, chegou à mesma conclusão.

#### 3.4 - Variáveis farmacológicas e a adesão ao regime terapêutico

Quando analisada a complexidade do regime terapêutico, os resultados deste estudo não são consistentes com resultados de outros que demonstram que a adesão é influenciada pela complexidade do regime. Alguns estudos demonstraram que a adesão parece mais difícil com medicação a cada 8h do que a cada 24h, ou seja, é mais difícil a adesão quando existem três tomas diárias em comparação com uma única toma diária (Bohachick, 2002).

Alguns estudos demonstraram que o número elevado de fármacos por dia se encontra associado com a fraca adesão (Cline, 1999). Outros trabalhos, demonstraram não existir associação entre a adesão e número elevado de medicamentos (Wu, 2008). Este trabalho está de acordo com este último autor, uma vez que independentemente do número de comprimidos diários a adesão tende para valores muito semelhantes.

Os participantes que afirmaram não ter apresentado algum efeito indesejado com a medicação apresentaram valores médios de adesão mais elevados, mas sem diferenças estatisticamente significativas. Este resultado reforça o resultado de vários estudos, que apontam que efeitos adversos/secundários diminuem a taxa de adesão terapêutica (Bugalho & Carneiro 2004; Ho et al, 2009). Cabral & Silva (2010) apuraram no seu estudo que para aproximadamente metade dos portugueses, a falta de adesão se deveria a dois fatores principais: os doentes sentirem-se melhor ou queixarem-se dos efeitos secundários dos medicamentos. Também Jin (2008) refere que em dezassete estudos sobre os efeitos indesejados da medicação, todos eles apontam como uma ameaça à adesão terapêutica.

Em relação ao gasto mensal com a medicação, observou-se uma tendência que quanto maiores os custos menor a adesão à terapêutica farmacológica. Se o custo da terapia

é um fardo financeiro, o seu cumprimento será definitivamente ameaçado. O custo é uma questão crucial na adesão da pessoa especialmente em doenças crônicas (Jin, 2008).

### 3.5 - Variáveis familiares e a adesão ao regime terapêutico

Neste trabalho utilizou-se a escala de apgar familiar para avaliar a funcionalidade da mesma. Obteve-se uma média de  $6,25 \pm 2,67$ , o que só por si traduz uma boa funcionalidade familiar, já que situa as famílias do estudo entre “famílias altamente funcionais” e “moderadamente disfuncionais”. Constatámos ainda, que famílias altamente funcionais apresentam maior adesão farmacológica, enquanto “famílias marcadamente disfuncionais” apresentam menor adesão farmacológica. Estes resultados são concordantes com o estudo de Wu et al (2012).

Wu et al (2008) refere que o apoio familiar é fundamental na adesão sublinhando a importância no lembrar os doentes para a toma da medicação.

Neste trabalho verificou-se que famílias altamente funcionais apresentam melhor autocuidado, enquanto familiar com disfunção severa apresentam pior autocuidado. Este resultado está de acordo com Mendes et al (2010), segundo o qual o apoio familiar é um fator facilitador para o autocuidado.

### 3.6 - Crenças acerca da medicação e a adesão farmacológica

No que concerne às crenças acerca dos medicamentos, foram estudados duas dimensões: a crença nas necessidades específicas da medicação prescrita e as preocupações específicas da medicação, no que respeita ao perigo de dependência. Em relação às preocupações verificou-se uma relação inversa relativamente à adesão terapêutica medicamentosa, ou seja, quanto maior são as preocupações manifestadas pelos participantes, menor é a adesão terapêutica medicamentosa. Este resultado está de acordo com o trabalho de Jin (2008), no qual as pessoas com doença crónica, o receio da dependência da medicação, pode contribuir negativamente para o cumprimento da terapêutica. Horne et al., (2003) defende que as preocupações com a medicação podem traduzir uma reação emocional de medo e ansiedade diminuindo assim a adesão ou influenciando a escolha de um certo medicamento.

Quanto à crença na necessidade da medicação prescrita, quanto mais os doentes acreditam na necessidade de medicação, maior é a sua adesão à mesma. No entanto, não

se verificaram diferenças estatisticamente significativas, pelo que estas variáveis não são preditoras da adesão.

Os doentes parecem ponderar as crenças acerca da necessidade dos seus medicamentos, por um lado, e as crenças gerais sobre uso excessivo e efeitos nefastos e crenças específicas sobre preocupações, por outro (Horne et al, 2013). De acordo com o mesmo autor, os indivíduos possuem diferentes perceções acerca da importância ou do risco associados ao consumo de fármacos e, como tal, desenvolvem diferentes crenças acerca dos mesmos, podendo estas crenças influenciar a forma como os indivíduos aderem ao tratamento farmacológico.

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

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

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

### 3.7 - Estilos de vida e a adesão ao autocuidado

Neste trabalho verificou-se que existe uma correlação moderada e uma relação estatisticamente significativa entre os estilos de vida e a adesão ao autocuidado. Pelo que se considera que os estilos de vida são preditores do autocuidado na IC.

No entanto, Lunelli et al (2009), num estudo sobre indivíduos com doenças cardiovasculares concluiu que quanto maior são as alterações necessárias os doentes fazerem relativamente ao seu estilo de vida, menor será a sua adesão ao autocuidado.



## Conclusões

A IC é uma doença crónica e progressiva que se tornou num grave problema de saúde pública em todo o mundo. A não adesão torna este problema ainda mais grave, porque para além da IC provocar uma sensível perda da qualidade de vida resultando em aposentadorias precoces, acarreta maior número de dias de internamento, o que aumenta os custos socioeconómicos.

A consciencialização e a capacitação do doente com informação que lhe permita ser agente intencional de mudanças comportamentais e de estilos de vida no interesse da sua saúde é um pilar fundamental no processo de adesão ao regime terapêutico.

As principais barreiras à adesão descritas na literatura foram a falta de competências relacionadas com o autocuidado, falta de motivação e falta de apoio para as mudanças comportamentais. Estas barreiras foram especialmente significativas para as intervenções destinadas a mudar os estilos de vida mas também afeta os uso de medicação (WHO, 2013).

Com este estudo pretendeu-se, para além de avaliar a prevalência da adesão ao tratamento farmacológico e do autocuidado, relacionar a influência de diversos fatores sociodemográficos, clínicos, farmacológicos, familiares, crenças acerca da medicação e estilos de vida na adesão ao tratamento farmacológico e ao autocuidado na pessoa com IC. Dando resposta a estes objetivos verificou-se que somente 54,4% (n= 56) dos participantes aderem à terapêutica farmacológica e que apenas 43,7% (n= 45) dos participantes apresentam um autocuidado adequado.

A nível das variáveis preditivas da adesão à terapêutica farmacológica e do autocuidado, apenas o apoio familiar e os estilos de vida foram preditivos de melhor adesão à terapêutica farmacológica e de melhor autocuidado.

Os resultados que se seguem reportam-se à caracterização da amostra, sendo que a maioria:

- era do género masculino, com cerca de 71 anos, casado, habilitado até quatro anos de escolaridade, residia na aldeia, reformado, auferia o ordenado mínimo e manifestava dificuldades económicas para comprar medicação e cumprir consultas de seguimento;

- apresentava diagnóstico de IC classe II NYHA , de etiologia valvular, com fração de ejeção entre 35 e 50%, com zero ou 1 reinternamento, sendo o último internamento para “otimização terapêutica”

- fatores de risco: hipertenso e dislipidemia, excesso de peso (três fatores de risco);
- estava medicada com “antihipertensores”, “antiagregantes plaquetários ou anticoagulantes”, “diuréticos” e “estatinas”, tomava em média 9 comprimidos por dia, no entanto considerava que o esquema terapêutico não era complicado;
- apresentava estilos de vida saudáveis;
- coabitava com o cônjuge numa estrutura familiar restrita, no seio de uma “família altamente funcional”;
- obteve uma pontuação média de  $20,63 \pm 3,33$ , em relação à necessidade específica da medicação e  $14,50 \pm 3,56$  pontos nas crenças relacionadas com os preocupações específicas.

A adesão à terapêutica farmacológica foi mensurada com a escala de Medida de Adesão aos Tratamentos de Delgado & Lima (2001), tendo-se obtido uma adesão de 54,4%.

Desta forma, teoricamente a pessoa com IC com boa adesão farmacológica encontra-se inserido numa família “altamente funcional”.

Assim sendo, definiu-se um perfil teórico da pessoa com IC com adequado autocuidado, como a pessoa que está inserida numa família “altamente funcional”, ter 4 ou mais fatores de risco e estilos de vida saudáveis.

Não se verificou relação entre as restantes variáveis independentes com a adesão à terapêutica farmacológica e com o autocuidado adequado.

### **Limitações do estudo**

As principais limitações deste estudo foram o reduzido tamanho da amostra, estudo realizado com pessoas com IC provenientes de um único hospital especializado e de ensino, além de delineamento transversal o que não permite estabelecer relações temporais entre as variáveis.

A amostra deste estudo apresentava uma média de idades muito elevada com algumas dificuldades na leitura, pelo que o investigador teve que ler as questões, e anotar as respostas. Este procedimento pode ter contribuído para algum enviesamento, uma vez que as respostas podiam ser dadas de forma a agradar o investigador.

Na opinião do investigador, o questionário devia conter pelo menos mais duas questões, “quanto tempo decorreu desde o último internamento” e “há quantos anos foi feito

o diagnóstico de IC?”. Atualmente julga-se que seriam dados importantes que poderiam acrescentar valor a este trabalho.

A análise inferencial só pode ser aplicada na presença de amostras aleatórias, a amostra deste estudo para além de ser uma amostra pequena, foi uma amostra não aleatória.

### **Implicações do estudo e sugestões**

A situação de doença crónica acrescenta diariamente vulnerabilidade ao sujeito, pelo impacto na vida pessoal, pela necessidade constante de mobilizar recursos materiais ou humanos ou pela dificuldade de adesão ao regime terapêutico farmacológico e não farmacológico.

Os resultados de défice de autocuidado na IC pode estar relacionado com a deficiente atenção que se está a dar a estas pessoas, uma vez que não se observam protocolos específicos. Intervenções formativas voltadas a aspetos específicos do autocuidado como perceção do agravamento clínico e comunicação com equipa de saúde, controle de peso e vacinação, bem como a avaliação da eficácia dessas intervenções na melhoria do autocuidado poderiam ser úteis, além de programas voltados para os profissionais que realizam estas orientações no ambulatório. Os instrumentos para avaliação de adesão ao tratamento farmacológico e autocuidado poderiam ser utilizados na prática clínica, com o objetivo de direcionar as intervenções conforme as necessidades individuais.

Neste seguimento, será apresentado um projeto de intervenção no serviço, que numa primeira fase consistirá em efetuar uma consulta de enfermagem antes da consulta médica. Posteriormente, pretende-se desenvolver um programa estruturado de reabilitação iniciado no serviço após a estabilização da fase aguda. Este projeto terá como objetivos diminuir o número de reinternamentos por descompensação da doença, aumentar a qualidade de vida da pessoa com IC, reduzir o número de dias de internamento e desta forma reduzir os custos.

A implementação de consulta de enfermagem da pessoa com IC, seria um momento por excelência para desenvolver estas competências junto da pessoa com IC, sua família e/ou cuidadores. Nesta consulta deveria ser fornecida informação escrita personalizada com a informação crucial para o autocuidado. Nomeadamente, peso máximo de alarme, volume máximo de hidratação oral, valores tensionais máximos e mínimos, quantidade máxima de sal por dia.

Quanto ao programa de reabilitação, incluirá um programa estruturado e personalizado de exercício físico, onde seriam incluídos exercícios progressivamente mais exigentes. Inicia-

se o programa com exercícios calistênicos, pedaleira, marcha, subida de escadas e fortalecimento muscular, contribuindo assim para a melhoria da capacidade funcional da pessoa com IC.

No âmbito da adesão ao regime terapêutico, os ganhos em saúde resultam do contributo de todos os profissionais envolvidos, em que cada um deve dar o seu contributo particular. No que diz respeito aos enfermeiros, estes, pela natureza das terapêuticas de enfermagem, são um recurso facilitador na promoção das disposições individuais necessárias à mudança ou a consciencialização de forma que as pessoas possam vivenciar aspetos significativos da sua vida/saúde de forma o mais saudável possível.

Ciente de que nesta investigação não foram estudados fatores importantes, como a qualidade de vida, os mecanismos de *coping*, a autoeficácia, programas de intervenção a nível multidimensional, analisando o seu custo-benefício entre outros, bem como optar por estudos experimentais, pelo que se sugere a sua abordagem em futuras investigações.

### Referências bibliográficas

- Albert, N. M. (2008). Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Crit Care Nurse*, 28 (5), 54-64.
- American College of Preventive Medicine. (2011). Medication adherence: Improving health outcomes: A Resource from the American College of Preventive Medicine. Acedido em [http://www.acpm.org/?MedAdherTT\\_ClinRef](http://www.acpm.org/?MedAdherTT_ClinRef)
- Ávila CW, Riegel B, Pokorski SC, Camey S, Silveira LCJ, Rabelo-Silva ER (2012). Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the Brazilian version of the Self-care of Heart Failure Index version 6.2. *Nursing Research and Practice*. Vol. 2013. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/178976>
- Azevedo A., et al. (2007). Clinical syndrome suggestive of heart failure is frequently attributable to non-cardiac disorders-population-based study. *European Heart Journal Fail*. 9 (4) : 391-6.
- Barbosa, C. D., et al. (2012). A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Prefer Adherence*, 6, 39-48.
- Bennett, SJ, Perkins SM, Lane KA, Deer, M, Brater, DC, Murray, MD. (2001) Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Qual Like Res*. 10, p. 671-682.
- Bocchi E.A., et al (2012). Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol* 2012; 98(1 supl. 1): 1-33
- Bocchi et al.(2009) - Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. ISSN 0066-782X. Vol. 93, nº1- supl.1 , p.1-71.

- Bohachick P, Burke LE, Sereika S, Murali S, Dunbar-Jacob J. (2002). Adherence to angiotensin-converting enzyme inhibitor therapy for heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs*. Vol. 17(4):160-6.
- Bonsaksen T., Lerdal A. & Fagermoen, M. S. (2013). Trajectories of illness perceptions in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study. *J Health Psychol*. 3-12.
- Bowry, A. D., Shrank, W. H., Lee, J. L., Stedman, M., Choudhry, N. K. (2011). A systematic review of adherence to cardiovascular medications in resource-limited settings. *J Gen Intern Med.*, 26 (12), 1479-1491. Doi:10.1007/s11606-011-1825-3
- Braunwald, E. (2006). *Harrison Medicina interna* 16.ed. Rio de Janeiro. McGraw - Hill interamericana do Brasil Ltda
- Britz, J. A. & Dunn, K. S. (2009). Self-care and quality of life among patients with Heart Failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. vol. 22, nº9, p. 480–487. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00538.x
- Brown, M.T. & Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc*. Apr;86(4):304-14.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina.
- Cabral, M. V. & Silva, P. A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa
- Cagle, C. (2004). Themes described how self care management was learned and experienced by patients with chronic illness. *Evidence Based Nursing*. Aceddido em <http://ebn.bmj.com>

- Camarneiro, A. P. F. (2002). Em torno da adesão aos protocolos terapêuticos. *Revista Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283. nº9, p. 25-30.
- Castro, R A, Aliti, G B, Linhares, J C, Rabelo, E R, (2010). Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online) vol.31 no.2 Porto Alegre <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200004> . Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200004)
- Cavanagh, S. (1993). *Modelo de Orem. Aplicação prática*. Barcelona : Masson – Savat enfermeris.
- Ceia, F. et al. (2005). Epidemiology of heart failure in primary care in Madeira: the EPICARAM study. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 24 (2), pp.173-189
- Ceia, F. et al., (2002). Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *European Journal of Heart Failure*, 4 (4): pp.531-539
- Choudhry, N. K., et al. (2011). The implications of therapeutic complexity on adherence to cardiovascular medications. *Arch Intern Med.*, 171(9), 814-822. Doi: 10.1001/archinternmed.2010.495
- Cline CM, Bjorck-Linne AK, Israelsson BY, Willenheimer RB, Erhardt LR. (1999) Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure. *Eur J Heart Fail*.1(2):p. 145-149.
- Conceição, A P, Santos, M A, Santos, B; Cruz, D A (2015). Autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 23 (4), p. 578-586. DOI: 10.1590/0104-1169.0288.2591
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. *Value Health*, 11 (1), 44-47. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x

- Darbishire, P.L., Plake, K. S., Kiersma, M.E., White, J.K. (2012). An introductory pharmacy practice experience on improving medication adherence. *Am J Pharm Educ.* ;76(3):42.
- Davenport, C. et al. (2006). Assessing the diagnostic test accuracy of natriuretic peptides and ECG in the diagnosis of left ventricular systolic dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 56 (522): pp.48-56
- Davies, M. K. et al. (2001). Prevalence of left ventricular systolic dysfunction and heart failure in the general population: main findings from the ECHOES (echocardiographic heart of England screening) study. *Lancet*, 358: pp.439-444
- Delgado A. B. & Lima M. L. (2001) – Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*. Lisboa. Vol. 2, n.º 2, p.81-100.
- Desai, N. R., & Choudhry, N. K. (2013). Impediments to adherence to post myocardial infarction medications. *Curr Cardiol Rep.*, 15(1), 322.
- Dickson VV, Tkacs N, Riegel B. (2007). Cognitive influences on self-care decision making in persons with heart failure. *Am Heart J.* 154(3):424-31.
- Ditewig, J. B. et al. (2010). Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic Heart Failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic Heart Failure: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. vol. 78, nº3, p. 297 – 315.
- European Society of cardiology (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic Heart Failure 2012. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of

- the ESC. *European Heart Journal*. DOI:10.1093/eurheartj/ehs104. Vol.33, p.1787–1847.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Foster, P. C., Benett, A. M., Dorothea E. Orem (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: ARTMED (4a Ed). p. 83-101.
- Gallagher, R. et al (2011). Social Support and Self-care in Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, (26), 6, p. 439-445.
- Gantz, S. (1990). Self-Care: perspectives from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*. Vol. 4(2), pp. 1-12.
- Garfield, S., Clifford, S., Eliasson, L., Barber, N., Willson, A. (2011). Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: a systematic review. *BMC Med Res Methodol*. 11:149. doi: 10.1186/1471-2288-11-149
- Gellad, W.F., Grenard, J.L., Marcum, Z. A. (2011). A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother*. 9(1):11-23. doi: 10.1016/j.amjopharm
- Gonçalves C.,C., A. (2009). *Utilização de medicamentos orfãos em Portugal [Dissertação]*. Coimbra: Universidade de Coimbra; Capítulo I, Enquadramento geral e justificação do estudo.
- González B, Lupón J, Domingo MDM, Cano L, Cabanes R, de Antonio M, et al. (2013) Educational level and self-care behaviour in patients with heart failure before and after nurse educational intervention. *European Journal Cardiovascular Nursing*. Vol. 25; Doi: 10.1177/1474515113510810

- Gould, E. & Mitty, E. (2010). Medication adherence is a partnership, medication compliance is not. *Geriatr Nurs.*, 31(4), 290-298. doi: 10.1016/j.gerinurse.2010.05.004
- Granger, B. B., et al (2009). Adherence to medication according to sex and age in the CHARM programme. *Eur J Heart Fail.* 11(11), 1092-1098. doi: 10.1093/eurjhf/hfp142
- Hair, JR, et al (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre. Bookman.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979). Compliance in health care. *CMA Journal*, 8 (121), 1495-1496. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704580/pdf/canmedaj01459-0071.pdf>
- Heart Failure Society of America (2010). The 2010 Heart Failure Society of America Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. [Em linha]. [Consul.30 Setembro 2016] Disponível na <URL:<http://www.heartfailureguideline.org/>>.
- Ho, P.M., Bryson, C.L., Rumsfeld, J.S. (2009). Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation.* 119(23):3028-35.
- Holman, H. & Lorig, K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ.* 320(7234):526-7.
- Hovstadius B, Petersson G. Non-adherence to drug therapy and drug acquisition costs in a national population--a patient-based register study. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:326.
- International Council of Nurses (2005). *CIPE Versão 1.0 Classificação internacional para a prática de enfermagem*. [trad.] OE & USINE. Genebra. 92-95040-36-8.
- Jaarsma, T. et al. (2003) - Development and Testing of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale. *The European journal of Heart Failure* 5. p. 363–370.

- Jaarsma, T. et al. (2009). The European Heart Failure Self- Care Behaviour Scale revised into a nine-item Scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. *European Journal of Heart Failure*, United Kingdom, v. 11, n.1, p. 99-105.
- Jin, J., Sklar, G. E., Oh, M. S. V., & Li, C. S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.*, 4(1), 269-286.  
doi:org/10.2147/TCRM.S1458
- Johnson, M. O. (2011). The shifting landscape of health care: toward a model of health care empowerment. *Am J Public Health*. 101(2):265-70
- Leventhal M. J., et al. (2005). Negotiating compliance in heart failure: remaining issues and questions. *European Journal Cardiovascular Nursing* (4): 298- 307.
- Lunelli, R. et al (2009). Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol 22
- Marôco, J. P. (2011). *Análise Estatística com a utilização do SPSS. (5ª Ed.)* Pero Pinheiro. ReportNumber, Lda
- Mcgowan, P. (2002) *Self-Care Behavior*. The Gale Group Inc. *Acedido em* <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3404000770.html>
- McMurray, J. et al (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart Journal* (33): 1787-1847.  
Doi:10.1093/eurheartj/ehs104
- Mendes, A. P., Bastos, F., Paiva, A. (2010). A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem*  
Referência - III - n.º 2 , p. 7-16.
- Ministério da Saúde (2012) – Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde: Perfil de Saúde em Portugal (PNS-2012-2016). Portugal. Acedido em:

[http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Perfil\\_Saude\\_2013-01-17.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Perfil_Saude_2013-01-17.pdf)

- Munro, S., et al. (2007). A review of health behavior theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health*, 7, 104.
- Nemes, M. I., Helena, E. T., Caraciolo, J. M., & Basso, C. R. (2009). Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. *Cad Saude Publica* 25 (Supl 3), S392-S400.  
doi.org/10.1590/S0102-311X2009001500005
- Ni H. et al. (1999). Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Arch Intern Med*. 159(14):1613-9.
- Orem, D. (1983). *Normas prácticas en enfermería*. Madrid: Piramide.
- Orem, D. (1991). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona : Masson.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Osterberg L, Blaschke T. (2005). Adherence to medication. *N Engl J Med*.;353 (5): 487-97.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2 (22), 387-397.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo, Editora Lda. (2ªEd.).

- Pereira, F. A. C. (2013). O autocuidado na insuficiência cardíaca: tradução, adaptação e validação da European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale para o contexto português. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.
- Pereira, F. A. C. (2014). A utilização de escalas para avaliar o autocuidado na insuficiência cardíaca: revisão sistemática da literatura. *Revista Estação Científica - Juiz de Fora*, nº 11, Janeiro – Junho.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J.N. (2005). *Análise dos dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (4ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Peters-Klimm, F., Freund, T., Kunz, C., Laux, G., Frankenstein, L., Müller-Tasch, T., et al. (2012) Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: a crosssectional study. *European Journal Cardiovascular Nursing*. Vol. 12 (2). DOI: 10.1177/1474515112439964
- Pinto, D. & Pisco, A. M. (2007). Adesão à terapêutica anti-hipertensiva em doentes diabéticos. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*. Lisboa. ISSN 0872-4059. Série III, Vol. 12, nº 3, p.171-179.
- Porta, M. (2008). *A dictionary of Epidemiology*. 5th ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2008. p. 289.
- Rabelo, E. R., et al (2007). O que ensinar aos clientes com Insuficiência Cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de Insuficiência Cardíaca. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169 Vol. 15, nº 1.
- Riegel, B., Lee, C.S., Alber,t N., Lennie, T., Chung, M., Song, E.K., et al. (2011) From novice to expert: confidence and activity status determine heart failure self-care performance. *Nurs Res.*; 60(2), p. 132-138. Doi: 10.1097/NNR.0b013e31820978ec.

- Santos, A. L. D. I. & José, H. (2011). A pessoa idosa com doença cardíaca: dificuldades sentidas na manutenção da terapêutica medicamentos. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 23, nº 276, p. 21-31.
- Santos, R., et al (2010) Adesão à terapêutica em doentes com patologia cardíaca. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 22, nº 258, p. 11-20.
- Scheurer, D., et al. (2012). Association between different types of social support and medication adherence. *Am J Manag Care*, 18(12), p. 461-467.
- Shi, L., Liu, J., Fonseca, V., Walker, P., Kalsekar, A., Pawaskar, M. (2010). Correlation between adherence rates measured by MEMS and self-reported questionnaires: a meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 8:99. doi: 10.1186/1477-7525-8-99.
- Sociedade Portuguesa de cardiologia, (2008) - Recomendações para o diagnóstico e Tratamento da IC aguda e crónica.
- Spinarova, L. et al . (2007). Neurohumoral changes in chronic heart failure. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 151(2): pp.201-207
- Stromberg A. (2005). The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail*. 7(3):363-9.
- Stull, D. E., Starling, R., Haas, G., Young, J.B. (1999). Becoming a patient with heart failure. *Critical Care*. 28(4), p. 284-292.
- Swedberg, K. et al. (2005). Guidelines for the diagnosis and treatment of Chronic Heart Failure: full text (update 2005). *European Heart Journal*, 26(22).
- Thorne, S., Paterson, B., Russel, C. (2003). The structure of everyday self-care decision making in chronic illness. *Qualitative Health research*. Vol. 13, pp. 1337-1352.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

- Van Der Wal, M. H. L., et al (2005) - Noncompliance in patients with Heart Failure: how can we manage it? *European Journal of Heart Failure*. Vol. 7, n° 1, p. 5-17.
- Van der Wal, M. H. L., et al, (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal*. Vol. 27, n° 4, p. 434 - 440.
- Van Der Wal, M. H. L., et al. (2010). Compliance with non pharmacological recommendations and outcome in Heart Failure patients. *European Heart Journal*. DOI:10.1093/eurheartj/ehq091. Vol. 31, n° 12, p. 1486 – 1493.
- Vermeire, E., et al (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research - A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, Vol 26(5), p.331-342.
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppard, T., Urquhart, J., ABC Project Team. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol.*, 73(5), 691-705. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x
- Wagner, E. H. (1997). Managed care and chronic illness: health services research needs. *Health Serv Res*. 32(5):702-14.
- While, A. & Kiek, F. (2009). Chronic Heart Failure: promoting quality of life. *British Journal of Community Nursing*. Vol.14, n°2, p. 54-59.
- WHO (1983). *Health Education in Self-Care: possibilities and limitations*. Geneva: WHO.
- WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO.
- Wu, J. R., Lennie, T. A., Chung, M. L., Frazier, S. K., Dekker, R. L., Biddle, M. J., Moser, D. K. (2012). Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Heart & Lung*, Vol. 41(2), p. 107-114. doi:10.1016/j.hrtlng.2011.09.009

Wu, J.R., Moser, D. K., Chung, M. L., Lennie, T. A. (2008). Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J Card Fail.* ; Vol. 14 (7).

Yancy, C. et al (2013). Guideline for the management of heart failure. American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association. DOI: 10.1161/CIR.0b013e31829e8776

**ANEXOS**



**Anexo 1 - Instrumento de colheita de dados: Questionário**



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

Questionário nº: \_\_\_\_\_

## Parte I. Caracterização Sociodemográfica

1. Idade: \_\_\_\_ anos

2. Género:

- Masculino  
 Feminino

3. Estado Civil:

- Solteiro  
 Casado/ união de facto  
 Viúvo  
 Divorciado

4. Habilitações literárias:

- Não sabe ler nem escrever  
 Ensino primário  
 Ensino básico  
 Ensino secundário  
 Ensino superior

5. Situação laboral:

- Trabalhador por conta própria  
 Trabalhador por conta de outrem  
 Doméstica/o  
 Estudante  
 Desempregado/a  
 Baixa médica  
 Reformado/a

5. a) Profissão: \_\_\_\_\_

6. Rendimento bruto mensal:

- Inferior a 490 €  
 Entre 490 e 980 €  
 Entre 980 e 1470 €  
 Entre 1470 e 1960 €  
 Superior a 1960 €

7. Considera que possui condições económicas mínimas necessárias para tratar a sua insuficiência cardíaca (por exemplo: para medicação, transporte para as consultas):

- Sim  
 Não

8- Área de residência:

- Área Urbana (vila, cidade)  
 Área rural (aldeia)

8- a) Concelho: \_\_\_\_\_

8- b) Distrito: \_\_\_\_\_

9- Residência

- Casa/ apartamento  
 Lar/ instituição similar

10- Com quem vive:

- Sózinho/a  
 Conjugue/ companheiro  
 Conjugue/ companheiro e filhos  
 Com filhos  
 Com outros familiares  
 Com amigos  
 Com outras pessoas numa instituição

11- Caso viva sozinho/a e necessite de ajuda para fazer as actividades do dia-a-dia, a quem recorre? (pode marcar mais que uma opção):

- Companheiro  
 Filhos  
 Vizinhos  
 Amigos  
 Instituições de apoio  
 Ninguém, por opção  
 Ninguém, porque não tenho apoio



## Parte II. Caracterização Clínica (Dados retirados do processo clínico)

1. Peso: \_\_\_\_\_ Kg

2. Altura: \_\_\_\_\_ cm

3. Índice de massa corporal: \_\_\_\_\_

4. Perímetro Abdominal: \_\_\_\_\_ cm

5. Factores de Risco Cardiovasculares:

- Hipertensão arterial
- Dislipidemia
- Diabetes
- Obesidade
- Tabagismo
- Antecedentes familiares

6. Tipo de intervenção a que foi submetido:

- Transplante cardíaco
- Pacemaker definitivo (PMD)
- Cardiodesfibrilhador implantável (CDI)
- Terapia de ressincronização cardíaca (CRT)
- Cirurgia valvular
- Cirurgia de revascularização cardíaca (CABG)
- Angioplastia coronária percutânea (PTCA)
- Optimização terapêutica farmacológica
- Clínica de insuficiência cardíaca
- Outros

7. Etiologia :

- Isquémica
- Hipertensiva
- Valvular
- Idiopática
- Drogas/ tóxicos
- Outras

8. Classificação New York Heart Association da IC:

- Classe I
- Classe II
- Classe III
- Classe IV

9. Fração de ejeção do Ventriculo Esquerdo:

---

10. Doenças associadas:

- Não apresenta doenças associadas
- Doença isquémica
- Fibrilhação auricular
- Doenças neurológicas (AVC, demências,...)
- Doenças vasculares
- Diabetes
- HTA
- Obesidade
- Anemia
- Insuficiência renal
- Neoplasias
- Asma/ bronquite ou outras doenças respiratórias
- Osteoporose/problemas músculo-esqueléticos
- Hipo/hipertiroidismo ou outras doenças endócrinas
- Outras

11. Medicação habitual?

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

12. Numero de re-internamento de foro cardíaco após o 1º internamento?

---



### Parte III. Variáveis relacionadas com a adesão farmacológica

#### Parte III- 1. Escala de Medida da Adesão aos Tratamentos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Parte III- 2. Conhecimento e percepção sobre a medicação

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

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

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

2. Número total de comprimidos que toma por dia?

\_\_\_\_\_ comprimidos por dia.

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

- Sim
- Não



### Parte III- 2. Conhecimento e percepção sobre a medicação (Coninuação)

4. Acha o esquema terapêutico muito complicado?

- Sim  
 Não

5. Apresentou algum efeito indesejado com a medicação?

- Sim  
 Não

5. a) Se sim, quais?

- Palpitações  
 Fraqueza/fadiga  
 Cefaleias  
 Náuseas  
 Impotência/ Frigidez  
 Equimoses  
 Alterações intestinais  
 Alergias

5. b) Associa esses efeitos a alguma medicamento?

- Sim  
 Não

5. c) Se sim, qual?

\_\_\_\_\_

6. Quanto costuma gastar mensalmente com a medicação?

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

### Parte III- 3. Escala de crenças acerca dos medicamentos [Parte II]

(Versão portuguesa de M. Graça Pereira e N. Sofia Silva, 2009)

1 - Concordo totalmente

3 - Não tenho a certeza

5 - Discordo totalmente

2- Concordo

4- Discordo

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



**Parte IV. Caracterização do autocuidado- Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca**

(Tradução e validação de Fernanda Ávila Costa Pereira, 2013)

Esta escala contém afirmações sobre o Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Responda a cada afirmação assinalando o número que acha que melhor se aplica a si. Note que as alternativas de resposta constituem uma escala variando entre os extremos de “Concordo Totalmente” a “Discordo Totalmente”. Mesmo que sinta incerteza sobre uma determinada afirmação, assinale o número que acha ser o mais adequado a si.

	Concordo Totalmente				Discordo Totalmente
1. Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	1	2	3	4	5
3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1	2	3	4	5
7. Faço um momento para o descanso durante o dia	1	2	3	4	5
8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
9. Faço uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
10. Tomo a medicação tal como foi receitada	1	2	3	4	5
11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	1	2	3	4	5
12. Faço exercício regularmente	1	2	3	4	5

**Parte V. Caracterização da Funcionalidade Familiar- Escala de Apgar Familiar**

SMILKSTEIN (1978) – Versão Portuguesa: AGOSTINHO &amp; REBELO (1988)

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



**Parte VI. Estilos de vida**

(Dias, 2010)

1 -As questões seguintes referem-se aos hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, hábitos tabágicos, atividade física, sono, repouso e stress numa semana típica (habitual). Pense em todas as refeições e lanches que habitualmente faz. Inclua o que comeu em casa, em restaurantes ou em qualquer outro lugar. Leia cuidadosamente cada questão e coloque o número no quadrado que melhor se adapta ao seu caso:

	Quase nunca	Ocasional mente	Muitas vezes	Com muita frequência	Quase sempre
1. Como fruta à sobremesa					
2. Como carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)					
3. Como carnes brancas (frango, peru, pato, aves)					
4. Como peixe					
5. Como enchidos (chouriço, presunto, salpicão, salchichas)					
6. Como sopa (“caseira”)					
7. Como legumes (cenoura, vagem, abóbora, couve-flor...) e vegetais					
8. Como leguminosas (favas, ervilhas, feijão...)					
9. Consumo mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições					
10. Consumo qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições					
11. Consumo salgadinhos fritos (batata frita, pastéis...)					
12. Adiciono mais sal às refeições					
13. Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados...)					
14. Pratico atividade física diariamente durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)					
15. Pratico desporto que faz suar (exercício físico específico como ciclismo, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol...), pelo menos três vezes por semana, para além da atividade física que faço em casa ou como parte do meu trabalho					
16. Na confeção da comida retiro as gorduras visíveis da carne e a pele das aves					
17. Na confeção da comida privilegio os alimentos grelhados, cozidos e estufados em detrimento aos fritos					
18. Habitualmente coloco o saleiro na mesa					
19. Nas refeições diminuo a quantidade de sal e uso, em alternativa, ervas e especiarias					
20. Nas refeições misturo dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa e feijão					
21. Sigo um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde					
22. Tenho cuidado com o que como, de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho					
23. Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado					
24. Faço cinco refeições por dia					
25. Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes					
26. Tenho cuidado com o que como, de modo a reduzir a ingestão de sal					
27. Tenho sentido stress					

**2 - Tabaco:**

- 1  Nunca fumou
- 2  Parou de fumar, há quanto tempo \_\_\_\_\_
- 3  Continua a fumar, indique o número de cigarros por dia \_\_\_\_\_



## Anexo 2 - Autorização do conselho de administração



Unidade de Inovação e Desenvolvimento  
Centro de Ensaios Clínicos

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

10 Cl  
23.06.16  
Dr. José Martins Nunes  
Presidente do Conselho de Administração  
EPE  
C.H.U.C. - EPE

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

Antigo 9.4  
23.06.2016

(Dr. José Martins Nunes - Presidente)	
(Dr. Pedro Esteves - Vice)	
(Dr. Pedro Esteves - Vice)	
(Dr. Pedro Esteves - Vice)	

13/06/2016

Ref.ª: CHUC-013-16

A pedido de **Enf. António Filipe Sousa e Silva Correia**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre "**AUTOCUIDADO E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**", ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer favorável da Comissão de Ética deste Hospital.

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

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

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl' A Directora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

S. da Cunha  
(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - EPE	
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	
Reg. N.º	5142 PCA
Origem	
Data	15.6.2016



### Anexo 3 - Parecer da comissão de ética



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

#### AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

CHUC	013	16
------	-----	----

**NOME DO PROJECTO:**

**AUTOCUIDADO E ADESÃO AO REGIME TERAPÉUTICO DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

**Enf. António Filipe Sousa e Silva Correia**

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

DATA: 5, 7, 16

Presidente do Conselho de Administração

Dr. José Martins Nunes  
 Presidente do Conselho de Administração

(Dr. José Martins Nunes)



## Anexo 4 - Consentimento informado

Questionário nº \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

#### AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

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

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema "Autocuidado e adesão ao regime terapêutico da pessoa com Insuficiência Cardíaca, com internamento na cardiologia B/ UCIC" e cujo objetivo principal é **Objetivar o nível de autocuidado e de adesão ao regime terapêutico da pessoa com insuficiência cardíaca e identificar os fatores que os influenciam.** A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este (a) questionário.

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

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

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

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

Data:

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Se não for o próprio a assinar:

Nome: \_\_\_\_\_

BI/CD n.º: \_\_\_\_\_, data/validade \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

a. Grau de parentesco ou tipo de representação: \_\_\_\_\_

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

Nome do investigador: António Filipe Sousa e Silva Correia

Assinatura \_\_\_\_\_



## Anexo 5 - Autorização para utilização de EHFScBS

### Pedido de autorização para utilização de Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca



Entrada x

**Filipe Correia** <tofister@gmail.com>



para fe\_feavila ▾

Exma. Sra. Enfermeira Fernanda Avila da Costa Pereira

O meu nome é António Filipe Sousa e Silva Correia, sou enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral e encontro-me a frequentar o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Neste âmbito, irei desenvolver uma dissertação subordinada ao tema "Autocuidado e adesão ao regime terapêutico na pessoa com IC", sob orientação do Sr. Professor Doutor António Dias Madureira.

Venho por este meio solicitar autorização para a utilização da escala European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale traduzida, adaptada e validada por V. Exa. para o contexto português.

Encontro-me disponível para prestar quaisquer esclarecimento adicional que considere pertinente.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Respeitosos cumprimentos  
António Filipe Correia

**Fernanda Avila**

📧 16:20 (Há 23 horas) ☆



para Miguel, Paulino, mim ▾

Boa Tarde Enfermeiro António Felipe Correia

Primeiramente gostaria de agradecer o contacto e o interesse pela temática. Envio no anexo a minha dissertação de mestrado e a Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Da nossa parte autorizamos a utilização da escala e gostaríamos de ter acesso aos resultados do vosso estudo quando concluído.

Mantemo-nos a disposição no que for preciso,

Att,

Fernanda Pereira