





## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho representa o culminar de uma longa etapa. Para a realização do mesmo, contei com o apoio de várias pessoas, e não poderia deixar expresso o meu reconhecimento e agradecimentos.

**Ao Professor António Madureira ...**

pela amizade, disponibilidade e acompanhamento prestados ao longo desta difícil etapa!

**Aos participantes, assistentes operacionais e a todos os que colaboraram ...**

por terem tornando possível a concretização deste estudo!

**À minha família ... mãe, pai, Teresa, Mara, Natacha, Paulo ...**

por todo o amor e apoio incondicionais demonstrados e por estarem sempre presentes!

**Aos meus amigos, em especial F'lipa e Lena ....**

pelo tempo que não passei com eles!

*O meu muito **obrigada!***



## RESUMO

É universalmente aceite a importância dos factores psicológicos, nomeadamente o auto-conceito, na doença coronária. O modo como a pessoa se vê a si própria poderá exercer influência no indivíduo contribuindo para uma melhor e mais rápida reabilitação, onde a adesão à terapêutica assume um papel primordial. **Objectivos:** este estudo pretende a) determinar a prevalência da adesão terapêutica; b) associar o auto-conceito com as características sócio-demográficas, sócio-familiares, clínicas, características relacionadas com os serviços de saúde e com a terapêutica farmacológica e c) avaliar a influência do auto-conceito na adesão terapêutica no indivíduo com doença coronária. **Metodologia:** estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal em que participaram 96 indivíduos, utilizadores da consulta externa de cardiologia do Centro Hospitalar Tondela Viseu e do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, sendo que 78,1% são do sexo masculino, com idade média de  $66,54 \pm 10,51$  anos, 75% casados, 60,4% reformados, 54,2% completou o ensino primário, 53,5% reside na aldeia, 43,8% auferem de um rendimento mensal inferior a 485€, 36,5% referindo ter algumas dificuldades financeiras. **Resultados:** têm elevada adesão ao tratamento 43,8%. As mulheres têm melhor auto-conceito ( $p=0,817$ ). **Valor global do auto-conceito:** 18,61% situação financeira ( $p=0,001$ ); 11,04% limitação funcional ( $p=0,015$ ); 12,38% médico assistente ( $p=0,003$ ); 14,16% opinião sobre o nº de comprimidos ( $p=0,001$ ); efeitos indesejáveis ( $p=0,0033$ ); apgar familiar ( $r^2=0,180$ ;  $r=0,424$ ;  $\beta=0,206$ ;  $t=2,190$ ;  $p=0,031$ ) e distância ( $r^2=0,180$ ;  $r=0,424$ ;  $\beta=-0,373$ ;  $t=-43,971$ ;  $p=0,000$ ). **Adesão terapêutica:** auto-conceito ( $r^2=0,032$ ;  $r=0,180$ ;  $\beta=0,372$ ;  $t=-0,825$ ;  $p=0,554$ ). **Conclusão:** Uma intervenção sobre os problemas psicossociais nomeadamente o auto-conceito, bem como sobre as características sociodemográficas e relacionadas com a acessibilidade ao serviço de saúde e com a terapêutica farmacológica, são pedra fundamental na completa e eficaz recuperação do indivíduo com doença coronária quando se pretende alcançar resultados de melhoria do bem-estar global do indivíduo, de forma a obter ganhos em saúde.

## PALAVRAS CHAVE

Adesão Terapêutica, Doença Coronária, Auto-Conceito



## ABSTRACT

It's universally accepted the importance of psychological factors, nammely the self-concept, in coronary heart disease. How a person sees itself can exert influence on the individual contributing to a better and faster rehabilitation, where therapy adherence takes a primary role. **Objectives:** this study aims to determine a) the prevalence of therapeutic adherence, b) associate self concept with the socio-demographic characteristics, socio-familiar, clinics, the characteristics related to health services and pharmacological therapy and c) assess the influence of self-concept in therapeutic adherence in the individual with coronary heart disease. **Methodology:** quantitative, correlacional-descriptive and transversal study in which took part 96 individuals, users of the Cardiology external consult service of Centro Hospitalar Tondela Viseu and Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro being that 78,1% are male, with an average age of  $66,54 \pm 10,51$  years; 75% married; 60,4% reformed; 54,2% complete elementary school; 53,5% reside in villages; 43.8% earns a monthly income inferior to 485€. **Results:** 43,8% have a high adherence to the treatment. Women's have better self-concept ( $p=0,817$ ). **Global value of self-concept:** 18,61% financial situation ( $p=0,001$ ); 11,04% functional limitation ( $p= 0,015$ ); 12,38% physician assistant ( $p=0,003$ ); 14,16% opinion about the number of pills prescribed ( $p=0,001$ ); undesirable effects ( $p=0,0033$ ); family apgar ( $r^2=0,180$ ;  $r=0,424$ ;  $\beta=0,206$ ;  $t=2,190$ ;  $p=0,031$ ) and distance ( $r^2=0,180$ ;  $r=0,424$ ;  $\beta=-0,373$ ;  $t=-43,971$ ;  $p=0,000$ ). **Therapeutic adherence:** self-concept ( $r^2=0,032$ ;  $r=0,180$ ;  $\beta=0,372$ ;  $t=-0,825$ ;  $p=0,554$ ). **Conclusion:** An intervention on the psicosocial problems, particular the self-concept, as well as on the socio-demographic characteristics, related with accessibility to health service and with pharmacological therapy, are the cornerstone in the complete and effective recovery of the individual with coronary heart disease when you want to achieve results in improving global well-being of the individual, in order to obtain gains in health.

## KEYWORDS

Medication Adherence, Coronary Heart Disease, Auto-Concept



## INDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO .....	17
<b>PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	
2. ADESÃO TERAPÊUTICA .....	23
3. DOENÇA CORONÁRIA.....	27
4. AUTO-CONCEITO .....	29
<b>PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	
5. METODOLOGIA .....	39
5.1. EQUADRAMENTO DO TEMA .....	39
5.2. PARTICIPANTES .....	412
5.3. INSTRUMENTOS.....	44
5.4. PROCEDIMENTOS.....	46
5.5. PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO .....	46
6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	49
6.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	49
6.2. ANÁLISE INFERENCIAL .....	55
7. DISCUSSÃO .....	65
7.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	65
7.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	66
8. CONCLUSÃO E SUGESTÕES .....	75
BIBLIOGRAFIA .....	79
APÊNDICES .....	85
APÊNDICE 1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA .....	87
APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	91
APÊNDICE 3 - CONSENTIMENTO INFORMADO.....	99
APÊNDICE 4 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO.....	103
APÊNDICE 5 - QUADROS ANÁLISE DECRITIVA.....	109
APÊNDICE 6 - QUADROS ANÁLISE INFERENCIAL .....	117
ANEXOS .....	131
ANEXO 1 - ESCALA DE APGAR FAMILIAR .....	132
ANEXO 2 - ÍNDICE DE MASSA CORPORAL .....	132
ANEXO 3 - ESCALA DE MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO .....	132
ANEXO 4 - INVENTÁRIO CLÍNICO DO AUTO-CONCEITO .....	132



## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
FIGURA 1 - Representação esquemática da relação previsível entre as variáveis.....	41
FIGURA 2 - Síntese da associação entre as variáveis independentes e aceitação/rejeição social.....	61
FIGURA 3 - Síntese da associação as variáveis independentes e auto-eficácia.....	61
FIGURA 4 - Síntese da associação entre as variáveis independentes e maturidade psicológica.....	62
FIGURA 5 - Síntese da associação entre as variáveis independentes e impulsividade/atividade.....	62
FIGURA 6 - Síntese da associação entre as variáveis independentes e auto-conceito.....	63



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Actividades de Vida Diária

AIVS's - Actividades Instrumentais de Vida Diária

dp - desvio padrão

DM - Diabetes *Mellitus*

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

HTA – Hipertensão Arterial

ICAC - Inventário Clínico do Auto-conceito

MAT - Medida de Adesão ao Tratamento

NYHA - *New York Heart Association*

nº - número

OMS - Organização Mundial de Saúde

Pág./p. - Página

RNSCA - Registo Nacional de Síndrome Coronária Aguda

SCA - Síndrome Coronária Aguda

SPC - Sociedade Portuguesa de Cardiologia

VIH - Vírus Imunodeficiência Humana



## LISTA DE SÍMBOLOS

$>$  - maior

$\geq$  - maior ou igual

$<$  - menor

$\leq$  - menor ou igua

$=$  - igual

- - menos

+ - mais

$\pm$  - mais ou menos

% - percentagem

€ - euros

p - nível de significância

r - correlação de pearson

t- teste t *student*

$\chi^2$  - *KrusKal-Wallis*

$\beta$  - coeficiente padronizado



## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que a adesão terapêutica é um problema mundial de grande magnitude cujo impacto cresce em paralelo com o peso global das doenças crónicas.<sup>1,2</sup>

Dados da OMS (2003) apontam para que, nos países desenvolvidos, o nível de adesão à terapêutica em doenças crónicas seja apenas de 50%, e ainda menor nos países subdesenvolvidos e em vias de desenvolvimento.<sup>1,3</sup>

Beradon (1993, *apud* Bugalho e Carneiro, 2004) encontra valores de 30 a 50% que não cumprem o esquema terapêutico proposto, atrasando ou omitindo doses. Outros estudos realizados nos Estados Unidos, calculam que a não adesão conduza a 125 000 mortes por ano e a 5% das admissões hospitalares anuais.<sup>2</sup>

Contudo, estes indicadores, apesar de preocupantes podem não traduzir a totalidade do problema, não se conhecendo a dimensão real do mesmo.

A adesão terapêutica assume um papel de particular importância nos indivíduos portadores de doenças crónicas e tem vindo a merecer grande atenção por parte da comunidade científica pelo impacto na qualidade da saúde das populações, através da eliminação de comportamentos de risco, difusão de meios de prevenção e a adopção de comportamentos de saúde a par dos avanços na terapêutica.<sup>2</sup>

As consequências da não adesão terapêutica incluem resultados desfavoráveis nos indicadores de saúde ao interferir negativamente no tratamento das doenças crónicas, com repercussões na sua incidência e prevalência e na utilização e optimização dos recursos do sistema de saúde representando assim um importante problema de saúde pública.<sup>1,2,3,4</sup>

É reconhecido no Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (2006) que estas constituem uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e também em Portugal. O seu carácter multidimensional e as suas repercussões, negativas e directas, para o indivíduo, sociedade e serviço nacional de saúde, determinam que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, que urge diminuir.<sup>5</sup>

De acordo com as *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia e da Associação Americana de Cardiologia, o prognóstico da doença coronária depende não somente da terapêutica farmacológica (anti-agregantes plaquetários, inibidores de enzima conversora de angiotensina e beta-bloqueadores), como também de aspectos não farmacológicos, nomeadamente alteração do estilo de vida (alimentação saudável, perda de peso, restrição de sal, exercício físico, cessação tabágica e limitação na ingestão de bebidas alcoólicas).<sup>4,5,6</sup>

No contexto das doenças cardiovasculares a adesão é fundamental para o sucesso da terapêutica proposta pois dela depende a cura, o controle e prevenção da doença. A não adesão à terapêutica e às medidas não farmacológicas diminui a eficácia do tratamento e expõe o indivíduo à instabilidade clínica o que pode levar para a recorrência ou agravamento dos sintomas da doença coronária.<sup>4,6,7</sup>

A actuação dos enfermeiros, em equipa multidisciplinar, de acordo com as normas mundiais, torna-se necessária na promoção da saúde, assim como na recuperação, assistindo o indivíduo a manter-se saudável, promovendo o auto-cuidado e melhorando a sua qualidade de vida através da orientação de recomendações não farmacológicas, contribuindo para a compreensão da doença, na avaliação dos sinais e sintomas, no estímulo aos hábitos saudáveis, na importância da mudança no estilo de vida e no uso de medicamentos e seus efeitos adversos.<sup>5</sup>

Perante a crescente importância das doenças cardiovasculares, para além da terapêutica farmacológica de ponta, existe um forte empenho não apenas em evitar a doença como também na aplicação de programas de prevenção secundária com vista não só a reduzir as incapacidades geradas mas também no sentido de limitar a progressão da doença e conseqüentemente os novos episódios.<sup>5</sup>

A intervenção sobre os problemas psicossociais é parte integrante destes programas constituindo pedra fundamental na completa recuperação do indivíduo com doença coronária.<sup>8</sup>

Vaz Serra (1986) define o auto-conceito como a percepção que o indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica. O autor afirma ainda que o auto-conceito é um constructo integrador que permite reconhecer a unidade, a identidade pessoal e a coerência do comportamento de um indivíduo, desempenhando um papel fundamental.<sup>9,10,11</sup>

Wells e Marwell (1976, *apud* Vaz Serra, 1986) refere que a forma como o indivíduo se percebe e se avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros, as tarefas que tenta, as tensões emocionais que experimenta e o modo subsequente como se percebe.<sup>9,10,11</sup>

Fitts (1972, *apud* Vaz Serra, 1986) acrescenta que este constructo condensa a essência de outros conceitos como motivos, necessidades, atitudes, personalidade, a relação que estabelece com o meio ambiente. Assim é natural que quanto melhor o auto-conceito melhor é o desempenho de um indivíduo, tendo por isso um significado considerável na vida quotidiana.<sup>9,10,11</sup>

O auto-conceito é construído a longo do desenvolvimento da pessoa, em função das suas experiências, e das interações positivas e negativas com o mundo. Ao longo do tempo aprendemos uma forma particular de nos avaliarmos e de termos determinadas convicções acerca de nós próprios e das nossas capacidades. Estas convicções podem ser mais ou menos positivas, podem mudar ao longo do tempo, influenciadas pelas diferentes vivências, e podem conseqüentemente influenciar positiva ou negativamente as actividades de vida interferindo com a saúde ou com a sua recuperação.<sup>9,10,11,12</sup>

Assim, o auto-conceito é um produto estrutural da actividade reflexiva, que é susceptível a mudanças, consoante o indivíduo se encontra face a novos papeis, situações ou transições do curso normal de vida.<sup>9,10,11,12</sup>

Vaz Serra (1986) acrescenta ainda que a avaliação positiva que um indivíduo faz de si próprio, do seu estilo de vida, ou de algum pormenor da sua identidade, permite-lhe alcançar objectivos desejados, obter reforços que aprecia, evitar o fracasso e a ansiedade. Para além disso, origina um conceito de ordem superior, de sentido de competência ou de eficácia.<sup>9,10,11</sup>

Perante estes factos, surge o presente estudo que irá abordar a temática **“Adesão terapêutica, auto-conceito e doença coronária”**, sendo a questão de investigação: Será que o auto-conceito influencia positivamente a adesão à terapêutica no indivíduo com doença coronária?

Assim, com a realização deste estudo e na perspectiva de responder a esta questão foram delineados os seguintes objectivos:

- determinar a prevalência da adesão terapêutica no indivíduo com doença coronária;
- associar o auto-conceito com as características sócio-demográficas, sócio-familiares, clínicas, relacionadas com os serviços de saúde e relacionadas com a terapêutica farmacológica do indivíduo com doença coronária; e
- avaliar a influência do auto-conceito na adesão terapêutica no indivíduo com doença coronária.

O presente trabalho está organizado em duas partes. A primeira parte compreende a fundamentação teórica, onde é apresentada uma revisão da literatura relativa relativamente

à adesão terapêutica, à doença coronária e ao auto-conceito. A segunda parte descreve a investigação propriamente dita, estruturada em três capítulos. No primeiro capítulo é exposta a metodologia da investigação, que comporta o enquadramento da temática, o tipo de estudo e o respectivo desenho da investigação, a operacionalização das variáveis consideradas, as questões de investigação formuladas, a caracterização da população e os critérios de inclusão e exclusão para selecção da amostra, o instrumento de colheita de dados aplicado, os procedimentos gerais conducentes a realização do estudo nomeadamente questões ético-legais e o procedimento estatístico. Num segundo capítulo é feito a apresentação e análise dos resultados. O terceiro capítulo encerra a discussão dos resultados.

Face à evidência da impossibilidade de separar as intervenções psicossociais daquelas meramente físicas quando se pretende obter resultados na melhoria do bem-estar global do indivíduo advém a importância de avaliar se perante a situação de doença o indivíduo tende a perceber-se de forma negativa e o seu impacto na adesão terapêutica. Reforçando a ideia de Vaz Serra (1986) de que um bom auto-conceito leva o indivíduo a desenvolver mecanismos de lidar com estados de tensão.

## **PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

---

**2. ADESÃO TERAPÊUTICA**

**3. DOENÇA CORONÁRIA**

**4. AUTO-CONCEITO**



## 2. ADESÃO TERAPÊUTICA

A expressão cumprimento (*compliance*) foi definida por Saket e Haynes (1976), como sendo o nível de coincidência entre o comportamento de um indivíduo e o aconselhamento médico ou de outro profissional de saúde, indo de encontro à abordagem tradicional de prescrição que inclui obediência simples e cega às indicações médicas.<sup>2,3,4</sup>

Em alternativa, mas muitas vezes usado como sinónimo, foi adoptado o termo adesão (*adherence*). Haynes (2003) define a adesão terapêutica como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa (em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração dos hábitos ou estilo de vida) corresponde às recomendações de um profissional de saúde.<sup>2,3,4</sup>

Sabate e Haynes (2003, *apud* Bugalho e Carneiro, 2004) sustentam que a adesão terapêutica deveria ser, antes de mais, um “sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção activa e voluntária do doente, que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue.”<sup>2,p.9</sup>

Reconhecendo que o indivíduo não é um sujeito passivo, vários estudos confirmam que os utentes pretendem cada vez mais sentir-se incluídos neste processo, desejando obter mais informações e exigindo uma maior interacção com os profissionais de saúde. Nesta perspectiva, advém o Modelo do Desenvolvimento de Adesão ao Tratamento de Kristeller e Rodin (1984, *apud* Santos, 2010), que contempla três estádios:

- **estadio 1** - concordância (*compliance*) - fase inicial em que o indivíduo concorda e segue as prescrições médicas;
- **estadio 2** - adesão (*adherence*) - etapa em que o indivíduo continua a terapêutica com que concordou, com vigilância limitada, mesmo quando se defronta com situações conflituais que limitam o seguimento da terapêutica, implicando uma grande participação e controlo da sua parte. O indivíduo tem autonomia, no entanto, os profissionais de saúde têm um papel orientador, promovendo a integração do tratamento no seu estilo de vida; e
- **estadio 3** - manutenção (*maintenance*) - medida em que o doente continua a implementar o comportamento de melhoria da saúde, sem vigilância, incorporando-o no seu estilo de vida.<sup>4,15</sup>

Muita investigação tem sido desenvolvida no sentido de captar a dimensão do fenómeno da adesão terapêutica, dadas as importantes repercussões que a não adesão assume, começando pela clássica obra de Haynes *et al* (1979) "*Compliance in Health Care*".

DiMatteo (2004, *apud* Sluijs, 2006) em uma meta-análise de 569 estudos, compilando 50 anos de pesquisa (1948-1998), encontra uma taxa média de não-adesão de 24,8%. A autora concluiu ainda que a adesão é maior em indivíduos com Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), artrite, distúrbios gastrointestinais e neoplasias, e menor em pacientes com doença pulmonar, Diabetes *Mellitus* (DM) e distúrbios do sono.<sup>16</sup>

Cramer (1998, *apud* Sluijs, 2006) verificou entre os pacientes com distúrbios psiquiátricos e depressão uma adesão média de 58% e 65% respectivamente, e uma média de adesão de 76% entre os indivíduos com doenças físicas.<sup>16</sup>

Num estudo sobre a adesão terapêutica medida por meio de dispositivos de medição electrónica Claxton e Cramer (2001, *apud* Sluijs, 2006) constataram que esta foi maior em pacientes com neoplasia (80%); cerca de 75% em muitas outras doenças (como doença cardiovascular, doenças infecciosas e DM), e menor entre os indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica (51%) e indivíduos com asma (55%).<sup>16</sup>

Dados da OMS (2003) e estudos como o de Haynes, Mckibbon e Kanani (1996) e Osterberg e Blaschke (2005) estimam uma média aproximada de 50% de indivíduos que não tomam os medicamentos de acordo com as prescrições nos países desenvolvidos e um índice de adesão ainda menor nos países em vias de desenvolvimento.<sup>1</sup>

Mais especificamente, outros estudos como os de Bugalho e Carneiro (2004), DiMatteo (1994) Klein e Gonçalves (2005) e Sheridan e Radmacher (1992) concluíram ainda que 30 a 50% dos indivíduos não seguem o esquema prescrito no que diz respeito aos horários das tomas e dosagem seja nos planos de curta duração que é cerca de 38%, seja nos de longa duração, que aumenta para mais de 45%.<sup>3</sup>

Dados do European Social Survey (2004, *apud* Cabral e Silva, 2010) demonstram ainda que 12,2 % dos europeus usaram o último medicamento que lhes foi receitado, todo ou em parte, mas não da forma como foi receitado; 3,2% aviaram a receita mas não a tomaram e 3,7% nem sequer foram à farmácia. Em Portugal estes valores correspondem respectivamente a 4,8%, 1,0% e 0,8%. Quando as recomendações incidem sobre a alteração de hábitos e estilo de vida os níveis de incumprimento são ainda mais elevados, com valores a rondar os 75% de indivíduos que não aderem a essas recomendações.<sup>3</sup>

Pode-se constatar que a maioria dos estudos apresenta valores que variam entre 30 a 70% de indivíduos que não seguem na íntegra as indicações médicas.<sup>2</sup>

A avaliação da prevalência e a natureza da não adesão terapêutica são assim difíceis de definir de forma absoluta, pelo que, é fundamental a compreensão das dimensões da adesão terapêutica.

## FACTORES DETERMINANTES DA ADESÃO TERAPÊUTICA

A investigação produzida sobre a problemática da adesão terapêutica tem tornado possível identificar um vasto conjunto de factores determinantes associados ao não cumprimento integral das recomendações dos profissionais de saúde.<sup>3,4</sup>

Como problema de etiologia multifactorial, o nível de adesão terapêutica está assim dependente de um conjunto considerável de factores que interagem entre si e que afectam directamente o indivíduo, determinando o seu comportamento e contribuindo para um maior ou menor nível de adesão às recomendações terapêuticas.<sup>3,4</sup>

No documento elaborado pela OMS (2003) são enumerados **cinco** grupos de factores, denominadas dimensões: (1) factores demográficos, sociais, económicos e culturais; (2) factores relacionados com a doença de base e co-morbilidades; (3) factores relacionados com o regime terapêutico prescrito; (4) factores individuais relativos ao doente e (5) factores relacionados com os profissionais e serviços de saúde.<sup>1</sup>

## MEDIDAS DE MELHORIA DE ADESÃO TERAPÊUTICA

A OMS (2003) afirma que quando existe informação, apoio e monitorização constante, a adesão terapêutica melhora consideravelmente, o que implica uma redução dos efeitos negativos provocados pela doença com melhoria da qualidade de vida dos doentes e diminuição da carga das condições crónicas.<sup>1,2,4</sup>

Algumas recomendações gerais preconizadas pela OMS (2003) englobam a realização de acções sociais e económicas por dirigentes e políticos, com minimização da pobreza, diminuição do analfabetismo, acessibilidade aos cuidados de saúde e ao medicamento. Acrescenta ainda que são igualmente factores de extrema importância: a ausência de conhecimento e alerta para a importância da adesão terapêutica; a ausência de mecanismos comportamentais para auxiliar e alterar maus comportamentos; a inexistência de ferramentas para avaliar e intervir nos problemas de adesão terapêutica; a ausência de fornecimento de cuidados para as condições crónicas e comunicação deficiente entre os doentes e profissionais de saúde.<sup>1</sup>

O controlo e aumento da taxa da adesão terapêutica são benéficos para o sistema de saúde, pelo que as intervenções destinadas a melhorar a adopção e manutenção dos

comportamentos prescritos deverão ser objectivos primordiais dos profissionais de saúde. Assim, o reconhecimento do problema e a promoção de normas consistentes, éticas e baseadas na evidência constituem uma importante contribuição com repercussão favorável na saúde da população.<sup>2,3</sup>

Os profissionais de saúde devem ser capazes de identificar as causas de não adesão, aconselhar o doente e promover a adesão terapêutica através de técnicas concertadas. Para tal, a formação dos profissionais de saúde constitui um passo fundamental nesta problemática.<sup>2</sup>

Os indivíduos necessitam de estar informados, motivados e com apetência para a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais que lhes permitam lidar de forma eficaz com as necessidades geradas pela doença. A intervenção activa do doente na promoção da sua saúde é encarada como um acto imprescindível. O apoio de familiares e da comunidade em que estão inseridos é igualmente fundamental.<sup>2</sup>

Para melhorar a adesão terapêutica, ou promover a capacidade dos profissionais de saúde e aumentar a adesão terapêutica são apontadas dois tipos de intervenções: educacionais, promotoras de conhecimentos acerca de medicação e/ou doença (programas educacionais); e as comportamentais, cujo objectivo consiste em incorporar na rotina diária mecanismos de adaptação e facilitação do cumprimento da terapêutica proposta (adequação e simplificação da terapêutica, participação activa dos doentes na sua terapêutica através da auto-monitorização da doença e auto-administração da terapêutica; utilização de sistemas de alerta ou memorandos de índole variável; mecanismos de reforço positivo ou recompensa pelo cumprimento dos esquemas propostos, assim como pelo controlo da doença e obtenção de metas em termos de ganhos em saúde).<sup>2</sup>

### 3. DOENÇA CORONÁRIA

O coração tem como objectivo principal fornecer ao organismo a energia necessária sob a forma de oxigénio e nutrientes. Contudo, 3 a 5% do trabalho cardíaco é dedicado às necessidades do próprio coração, que é alimentado através da rede dos vasos coronários. A extrema importância atribuída às artérias coronárias deve-se ao facto de estas constituírem a única forma de aporte de sangue ao músculo cardíaco e, como tal, qualquer alteração significativa no fluxo sanguíneo destes vasos afecta toda a função do miocárdio.<sup>18,19,20</sup>

As doenças cardiovasculares resultam do estreitamento ou oclusão das artérias coronárias, consequência, essencialmente da aterosclerose ou seja, do depósito, ao longo dos anos, de lípidos e tecidos fibrosos na parede das artérias formando placas ateromatosas conduzindo à trombose, ao estreitamento do lúmen vascular ou à obstrução completa do vaso. A aterotrombose caracteriza-se por uma laceração (rotura ou erosão) súbita/imprevisível da placa aterosclerótica que dá origem à activação plaquetária e à formação do trombo e constitui o mecanismo que está na génese da ocorrência de eventos cardiovasculares como enfarte agudo do miocárdio (EAM), acidente vascular cerebral (AVC) e morte de causa vascular.<sup>18,20</sup>

As doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de morte e de morbilidade nas sociedades ditas civilizadas, ocidentais e industrializadas, sendo a segunda causa de morte em Portugal, precedida pelos AVC's. Estas doenças são responsáveis por cerca de 50% das mortes ocorridas em 1999, contando-se, também entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos da população portuguesa.<sup>5</sup>

O Registo Nacional de Síndrome Coronária Aguda (RNSCA) da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC), constata que as doenças cardiovasculares permanecem no topo da lista de causas de morte, e embora o seu peso relativo tenha sofrido um decréscimo gradual passando de 44,2% em 1990, para 32,2% no ano de 2006, a taxa de mortalidade por doença cardiovascular permanece inaceitavelmente elevada, sendo considerada uma das mais elevadas da Europa e do mundo. De entre as mortes por doença cardiovascular, 23% são devidas a doença cardíaca isquémica, com destaque evidente para a Síndrome Coronária Aguda (SCA), que compreendem um grupo de condições clínicas que

resultam da doença aterotrombótica coronária em fase instável. As SCA incluem o EAM com ou sem supra-desnivelamento ST e a angina instável.<sup>19</sup>

Os factores de risco cardiovascular são características demonstráveis em pessoas assintomáticas, associadas, que, sabida e significativamente, possibilidades aumentadas de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Como doença multifactorial, a doença cardiovascular é determinada pelo somatório de vários factores denominados factores de risco cardiovascular. O *Framingham Heart Study* estabeleceu como principais factores de risco individuais para o desenvolvimento de doença coronária hipertensão arterial, dislipidemia, hábitos tabágicos, alimentação inadequada, obesidade sedentarismo e DM.<sup>18,20,21</sup>

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, expõem que cerca de 17% da população portuguesa diz ser hipertensa, que cerca de 19% da população com idade inferior a 10 anos refere ser fumadora de mais de 20 cigarros por dia, que 50% da população portuguesa apresenta excesso de peso, sendo Portugal o país da União Europeia que mais consome calorias por dia e em que menos se anda a pé. Acresce ainda a tendência de aumento de abuso de álcool que associado à ingestão de calorias alimentares, agravam o excesso de peso, favorecendo, cada vez mais, a obesidade e a DM Tipo 2, os quais, por sua vez contribuem para o aumento da morbilidade cardiovascular e mortalidade precoce. O somatório de comportamentos de risco é agravado ainda pela falta de actividade física diária, ligado ao uso exagerado de transportes e de longos períodos em frente da televisão.<sup>5</sup>

Tendo em consideração a elevada prevalência dos factores de risco das doenças cardiovasculares, obriga a que tenha de ser dada especial atenção à sua efectiva prevenção, detecção e correcção e à adopção de medidas integradas e complementares que potenciem, na população portuguesa, a redução de riscos de contrair estas doenças, a concretização do seu rápido e adequado tratamento e a tomada de medidas de prevenção secundária que reduzem a sua recorrência.<sup>5</sup>

Contudo, os factores de risco cardiovascular ditos convencionais não podem sempre ser aplicados a todas as situações, sendo responsáveis por apenas metade dos casos de doença coronária, pelo que, cada vez mais são realizados estudos que demonstram a interligação entre os factores psicossociais, as emoções e os padrões de comportamentos na génese e evolução da doença coronária.<sup>22</sup>

A par com os desenvolvimentos tecnológicos no tratamento e controlo do indivíduo com doença coronária, actualmente existe uma consciencialização crescente da necessidade e relevância de ter em conta e avaliar os aspectos psicossociais.

#### 4. AUTO-CONCEITO

O interesse dos filósofos e psicólogos pelo auto-conceito remonta há mais de 2000 anos. Apesar de a sua origem remontar aos clássicos gregos (Sócrates e Platão), os estudos contemporâneos do auto-conceito iniciaram-se no século XX com autores como William James (1890/1892), Baldwin (1992/1897), Charles Cooley (1902) e George Mead (1992/1934), os quais contribuíram para o desenvolvimento das teorias sobre o *self*, que ainda permanecem actuais.<sup>23</sup>

O grande impulsionador e responsável pelo desenvolvimento da teoria do auto-conceito foi William James (1890), que, na sua obra “*Principles of Psychology*” no capítulo “*The consciousness of Self*”, sublinhou a importância deste constructo como sendo fundamental para o comportamento. Este psicólogo articulou a sua teoria com base em quatro aspectos fundamentais:<sup>12,23</sup>

- a distinção entre o *Mim* e o *Eu*;
- a natureza multidimensional e hierárquica;
- o conflito entre os diferentes *Eu*'s; e
- a definição de auto-estima como a relação entre os êxitos e as pretensões do indivíduo.

A dicotomia estabelecida entre o *self*, dividido em *Eu* e *Mim*, sendo o primeiro, *Eu*, o *Eu* enquanto conhecedor, isto é, o aspecto do *Eu* que organizaria e interpretaria, de forma subjectiva, a experiência do indivíduo (*Eu-como-Sujeito*), enquanto o segundo, *Mim*, representaria o *Eu* enquanto conhecido (*Eu-como-Objecto*), que seria constituído pelas características materiais (corpo, família, bens), pelas características espirituais (estados de consciência, faculdades psíquicas) e pelas características sociais (relações, papéis, personalidade), características que conferem ao sujeito a sua individualidade (Marsh e Shavelson, 1985).

William James identifica quatro componentes - *self espiritual, material, social e corporal* - de importância decrescente para a auto-estima do indivíduo.

Seu contemporâneo e definindo o auto-conceito numa perspectiva sócio-cultural Baldwin (1992/1897, *apud* Brunes, 2002), postula que a construção do *self* é um processo social e dialéctico entre o *self* e os outros indivíduos, em que o sentido de si evolui a partir

da imitação dos outros, transferindo atitudes para o seu *self* de forma a actuar de acordo com os outros.<sup>23</sup>

Ainda na mesma linha de pensamentos, os sociólogos Cooley (1902) e George Herbert Mead (1992/1934) consideraram que o *self* é primordialmente uma construção social.

Cooley (1902, *apud* Rocha, 2007) refere que a percepção que cada um tem de si mesmo está determinada pela percepção das reacções que os outros têm em relação a ele próprio. Em que os outros significativos constituem o espelho social no qual o indivíduo se vê, de modo a detectar quais as opiniões que têm perante ele. A percepção destas opiniões é a principal fonte de informação para formação do auto-conceito, o “*looking glass*” refere-se apenas a uma parte do que Cooley considera ser a construção do *self* é o que nós imaginamos que os outros pensam da nossa aparência, motivos, acções e carácter.<sup>12</sup>

Assim, o auto-conceito desenvolve-se a partir das respostas que o sujeito imagina que os outros emitem e não com base nas respostas reais dadas pelos outros. A informação que o sujeito obtém é real para ele mesmo, independentemente de ser exacta ou não.<sup>23</sup>

Rogers (1951, *apud* Nunes, 2008) investigou o auto-conceito (*self*), referindo que este consiste nas ideias, percepções e valores que caracterizam o *Eu* que inclui a consciência de “o que eu sou” e “o que posso fazer” influenciando tanto a percepção do mundo pelo indivíduo quanto o seu comportamento.<sup>24</sup>

Shavelson [et al] (1976, *apud* Rocha, 2007) entende o auto-conceito como a percepção que a pessoa tem do seu próprio *self*, formulada através da experiência e com interpretações do meio onde está inserida. Estes autores defendem que o auto-conceito não é uma entidade interna da pessoa mas um constructo hipotético potencialmente útil na explicação e previsão da forma como a pessoa actua.<sup>12</sup>

Wells e Marwell (1976, *apud* Vaz Serra, 1986) explicam o auto-conceito como um constructo hipotético, inferido ou construído a partir acontecimentos pessoais, útil para poder descrever, explicar e predizer o comportamento humano, e conhecer como a pessoa se percebe e considera a si própria.<sup>9</sup>

Burns (1979, *apud* Nunes, 2008) refere-se ao auto-conceito como o conjunto de imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, do que pensamos que conseguimos realizar, do que pensamos que os outros pensam de nós e também de como gostaríamos de ser.<sup>24</sup>

A noção de auto-conceito foi evoluindo e Gécas (1982, *apud* Vaz Serra, 1986) define o auto-conceito como a percepção que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social e espiritual ou moral.<sup>9</sup>

Vaz Serra (1986) define o auto-conceito como

“... a percepção que um indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica. É um constructo integrador com utilidade prática que leva a reconhecer no indivíduo, apesar de algumas variações, a noção de unidade e de continuidade, a identidade pessoal, consistência e a coerência do comportamento independentemente das influências do meio ambiente”.<sup>9,p.57</sup>

Por sua vez Alcântara (1997, *apud* Bruges, 2002) define o auto-conceito como a percepção que o indivíduo tem da sua própria personalidade.<sup>23</sup>

O auto-conceito torna-se assim uma espécie de fenómeno de espelho em que o indivíduo, ao ver-se a si próprio, tende a observar-se como os outros a olham.<sup>9</sup>

### **Estrutura e Componentes do Auto-conceito**

Para Vaz Serra (1986) a formação do auto-conceito indica a capacidade que o Homem tem de se constituir como objecto da própria observação e abstrair dos seus comportamentos específicos de todos os dias e dos comportamentos dos outros em relação a si.<sup>9</sup>

Os pormenores reflexivos do auto-conceito não se reduzem às apreensões cognitivas, abstraídas dos comportamentos observados. O desempenho decorrente de um dado papel social, ao ser considerado pelo próprio indivíduo, pode levar à satisfação ou insatisfação pessoal e, por este meio, dar lugar a emoções agradáveis ou desagradáveis. Se o estado emocional for agradável, pode fomentar a procura de novos comportamentos e objectivos. Se dor desagradável, pode acarretar uma inibição da acção.<sup>9</sup>

De acordo com Wells e Marwell (1976, *apud* Vaz Serra, 1986), a maneira como uma pessoa se percebe e avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros, as tarefas que tenta, as tensões emocionais que experimenta e o modo como subsequentemente se percebe.<sup>9</sup>

De acordo com Vaz Serra (1986) a avaliação que a pessoa faz de si própria, do seu estilo de vida, de uma dada aptidão ou de algum pormenor pessoal da sua identidade é importante pela simples razão de que a avaliação positiva permite à pessoa alcançar objectivos desejados, obter reforços que aprecia, evitar o fracasso, ser punido e não se tornar ansioso.<sup>9</sup>

Mas, desde William James (1982) que, o auto-conceito é visto como um sistema, em que a pessoa compara os seus fracassos e sucessos, um sistema cognitivo/avaliativo sendo este sistema considerado por alguns autores como as componentes do auto-conceito.

Rosenberg e Kaplan (1965, *apud* Rocha, 2007) referem que o auto-conceito engloba: componentes, estruturas, dimensões, foco de atenção, regiões, planos e motivos. Sendo as componentes as partes pelas quais o autoconceito é constituído, são os nomes e os adjectivos, aos quais nos referimos para nos classificar. Tendo as diferentes componentes do auto-conceito significados diferentes para indivíduos diferentes.<sup>12</sup>

Compreender o autoconceito envolve o reconhecimento do *self* como uma entidade física, psicológica e social continua no tempo. Assim, ele é um componente central no desenvolvimento do sistema cognitivo das pessoas, intimamente envolvido nas representações dos acontecimentos passados, gerando comportamentos orientados para o futuro e negociando as relações sociais. Sem ele os acontecimentos não teriam sentido sendo dissociados do aqui e agora, o comportamento seria somente uma reacção imediata sem percebermos as consequências do mesmo e a satisfação social seria nula.

A construção do auto-conceito não decorre da simples enumeração de comportamentos observáveis. É sim, um processo simbólico, em que uma determinada estrutura pessoal se forma com o auxílio da linguagem, que atribui designações a classes de comportamentos, procurando-as definir e englobar.<sup>9</sup>

Esteban (1995, *apud* Rocha, 2007) tem uma visão diferente definindo uma estrutura multidimensional composta por estruturas fundamentais, que delimitam grandes dimensões do conceito de si próprio, que por sua vez se dividem em categorias. Este autor considera o auto-conceito como uma organização interna de atitudes, que leva a uma análise dos seus componentes básicos: cognitiva, avaliativa e comportamental.<sup>12</sup>

A **componente cognitiva** corresponde ao aspecto perceptivo do auto-conceito e designa a auto-imagem referindo-se às crenças ou opiniões que o indivíduo tem de si mesmo. A auto-imagem é uma componente do auto-conhecimento e tem, por sua vez três sub-componentes: auto-imagem real, a ideal e a social. A auto-imagem real corresponde à imagem que a pessoa tem das suas próprias características, a imagem ideal representa a imagem que gostaria de ter ou ser e a imagem social é a representação que a própria pessoa tem de si em função da opinião dos outros.

Neste contexto surgem dois conceitos importantes o de auto-conceito real e de auto-conceito ideal. O auto-conceito real corresponde à forma como o indivíduo se considera, percebe e se avalia, tal como é, na realidade. O auto-conceito ideal refere-se à maneira como o indivíduo sente que deveria ou gostaria de ser. Estes dois conceitos são importantes

e a diferença entre eles dever ser considerada. Assim, uma pequena diferença poderá ser um bom indicador de que o indivíduo se aceita tal como ele é, traduzindo-se numa maior aceitação e ajustamento pessoal.<sup>24</sup>

Rosenberg (1965, *apud* Vaz Serra, 1986) afirma que quando a pessoa se constitui o objecto da sua própria observação dá lugar a um conjunto de percepções denominadas auto-imagens. Assim, as auto-imagens são o resultado das observações em que o indivíduo se constitui o objecto percebido. Mas, para o autor, o que é importante não é a formação das auto-imagens, mas sim a organização, as propriedades e as relações que estabelecem entre si num mesmo indivíduo, de uma forma hierárquica e significativa, realçando a sua estabilidade, importância e consistência. Assim, em cada indivíduo, o modo como organizam as diversas auto-imagens leva a uma determinada estrutura do seu auto-conceito.<sup>9</sup>

Shavelson [et al] (1976, *apud* Vaz Serra, 1986) salientam que, a formação destas percepções é determinada pela experiência e com as interpretações do ambiente em que o indivíduo se situa, pelos reforços e avaliações das pessoas significativas do meio ambiente e pelas próprias atribuições que o indivíduo faz ao seu comportamento.<sup>9</sup>

A **componente avaliativa (afectiva)** relaciona-se com o aspecto valorativo ou afectivo do auto-conceito é denominado de auto-estima. A auto-estima indica o grau em que uma pessoa se sente portadora ou não de valores e qualidades significativas para si própria e para a sociedade. Este processo é feito quer por comparação entre a auto-imagem real e a ideal, quer por comparação entre as aspirações e os resultados alcançados, quer por interiorização da avaliação que as pessoas significativas realizam da pessoa. A auto-estima é a faceta do auto-conceito mais estudada e muitas vezes referenciada como sinónimo. Esta componente constitui um dos factores mais importantes do bem-estar psicológico e do funcionamento social.<sup>12</sup>

A **componente comportamental** representa o que fazemos. Temos tendência para nos comportarmos em relação a nós próprios de acordo com a aceitação ou recusa dos nossos actos. Tamayo e colaboradores (2001, *apud* Rocha, 2007), referem-se a esta componente como uma estratégia de auto-apresentação utilizada pelo indivíduo, com o objectivo de transmitir ao outro uma imagem positiva de si mesmo. Esta componente está directamente relacionada com a forma como a pessoa se percepção.<sup>12</sup>

O autor acrescenta ainda que estas três componentes são diferentes entre si mas estão relacionadas e não são necessariamente estáveis através do tempo e dos múltiplos eventos que ocorrem na vida quotidiana do indivíduo.<sup>12</sup>

Hattie (1992, *apud* Rocha, 2007) elaborou um conjunto de resultados: o auto-conceito é hierárquico, multifacetado, é uma variável latente, único e insubstituível, orientador/indicativo do comportamento, culturalmente limitado e razoavelmente estável.<sup>12</sup>

Esteban (1995, *apud* Rocha, 2007) resume a estrutura do auto-conceito como um sub-sistema de conceitos hierárquicos, organizados internamente e consistentes que está contido num sistema conceptual mais amplo denominado de personalidade; contém diferentes *self's* empíricos como: o material, o pessoal, o adaptativo e o social; é uma organização dinâmica que se relaciona com a experiência; desenvolve-se especialmente em interacção social; é essencial que a sua organização se mantenha para o funcionamento normal do indivíduo; existe uma necessidade básica do auto-conceito relacionar-se com os outros aspectos do *self* e os que aparecem subordinados às outras necessidades e cumpre duas funções básicas: organiza os dados da experiência em sequências de acção-reacção previsíveis e tenta satisfazer as necessidades, uma vez que evita a desaprovação e a ansiedade.<sup>12</sup>

Podemos assim concluir que o auto-conceito é concebido como uma estrutura, como um processo organizado e estruturado, multifacetado, hierárquico, dinâmico (evolui/susceptível de ser modificado) e avaliável.

Vaz Serra (1986) sustenta que o auto-conceito é um constructo teórico que: a) nos esclarece sobre a forma como um indivíduo inter-age com os outros e lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações; b) nos leva a perceber aspectos do auto-controlo, porque certas emoções surgem em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ou desenvolve determinado comportamento e; c) nos permite compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo.<sup>9</sup>

Assim, este constructo tem a função de a)organizar no sentido de atribuir significado às experiências de vida e ajudar a manter o senso de coerência do *self*, organização, essa, que é acompanhada de sentimentos; b)motivar quando impulsiona o indivíduo a concretizar os seus objectivos tendo a capacidade mental de projectar para o futuro e relembrar os acontecimentos do passado servindo de guia ao comportamento e; c) assume o papel de protector ao satisfazer as necessidades e de dar segurança ao indivíduo.<sup>9,10,11,12</sup>

Shavelson [et al] (1976, *apud* Nunes, 1999/2008) consideram assim existir um auto-conceito académico e um auto-conceito não académico. Numa cadeia interligada verificamos que ao auto-conceito académico se encontram ligadas áreas muito específicas como a Geografia, a Matemática, a História, entre outras. Por seu lado o auto-conceito não académico pode ainda ser dividido, tal como o faz Vaz Serra (1986), em auto-conceito físico que comporta aspectos relativos às suas aptidões e aparência física; emocional, que

englobas os estados emocionais que o próprio indivíduo desenvolve) e social, ainda subdividido em áreas específicas variando de acordo com as pessoas significativas para o indivíduo e os pares sociais).<sup>24</sup>

### **Dimensões do auto-conceito**

Segundo Gécas (1982, *apud* Vaz Serra, 1986) ao considerarmos as dimensões do auto-conceito torna-se útil diferenciarmos entre os seus conteúdos, os quais abrangem as identidades do indivíduo, e as dimensões avaliativas e emocionais, em que está englobada a auto-estima.<sup>9</sup>

As identidades dão um significado ao Eu como objecto de observação, contribuem para a estrutura e conteúdo do auto-conceito, e ligam o Eu aos sistemas sociais. O autor acrescenta ainda que a moldagem do indivíduo é exequível até certa altura da sua vida. A partir do momento em que esteja formado um esquema de auto-regulação, a mudança torna-se difícil, embora possível.<sup>9</sup>

A auto-estima, como a designação sugere consiste no processo avaliativo que o indivíduo estabelece acerca das suas qualidades ou desempenhos. É a parte afectiva do auto-conceito, em que a pessoa faz julgamentos de si próprio, em que liga sentimentos valorativos de bom e de mau aos diferentes dados da sua própria identidade. É indiscutivelmente a faceta mais importante do auto-conceito.<sup>9</sup>

Fitts (1989, *apud* Rocha, 2007) defende que o auto-conceito é um constructo multidimensional cujas dimensões que o integram referem-se a vários domínios de percepção do *self*. Assim existem dimensões de referência externa que caracterizam a avaliação relativa a diferentes áreas do *self* (físico, ético-moral, pessoal e familiar) e que remetem para a relação do indivíduo com o seu corpo, família e sociedade; e as dimensões de referência interna que reflectem a avaliação pessoal de padrões cognitivos, afectivos e comportamentais (identidade, satisfação e comportamento).<sup>12</sup>



## **PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

---

**5. METODOLOGIA**

**6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

**7. DISCUSSÃO**



## 5. METODOLOGIA

A metodologia é caracterizada por Fortin (2009) como o conjunto das técnicas e métodos utilizados para a elaboração do processo de investigação científica onde se expõem os objectivos da investigação, a questão de investigação, as variáveis consideradas e a sua operacionalização, o processo de selecção da amostra, o instrumento de colheita de dados elaborado; o processo de colheita de dados e os pressupostos éticos considerados; bem como as técnicas e medidas estatísticas utilizadas para o procedimento estatístico.<sup>26</sup>

Assim, este capítulo comporta uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para o desenvolvimento da investigação.

### 5.1. EQUADRAMENTO DO TEMA

Os sistemas de saúde do séc. XXI enfrentam actualmente um dos desafios mais importantes, relacionado com a adesão terapêutica e as doenças crónicas.

A OMS (2003) concluiu que a adesão terapêutica de longo prazo na população em geral é de cerca de 50%, mas muito menor nos países em desenvolvimento do que na sociedade ocidental.<sup>1,12</sup>

Paralelamente, prevê-se que o impacto mundial das doenças crónicas continue a crescer até 2020, altura em que corresponderá a 65% das despesas para a saúde em todo o mundo. Acresce ainda o facto de, com o actual envelhecimento da população a pluripatologia é cada vez mais uma realidade.<sup>2,27</sup>

Osterberg (2001, *apud* Sluijs, 2006) afirma que a adesão consistente entre os indivíduos com condições crónicas é desencorajadora, caindo mais dramaticamente após os primeiros seis meses de terapia.<sup>16</sup>

Particularmente a doença coronária constitui assim um acontecimento traumático com efeitos significativos no funcionamento psicossocial do indivíduo. É universalmente aceite a importância da relação entre factores psicológicos e doença coronária. As

características individuais parecem condicionar a atribuição de significados aos acontecimentos da vida, o modo como os sintomas são percebidos pelo indivíduo, e as estratégias que este mobiliza para reagir ao adoecer corporal, favorecendo ou não o ajustamento e o bem-estar.<sup>28</sup>

O auto-conceito é um constructo amplamente estudado e com bastante saliência neste tipo de doenças; aparece associado às expectativas de influência sobre as circunstâncias da vida, nomeadamente à percepção de controlo, e indutor de mudança. Um auto-conceito realista, consistente e positivo reflecte-se numa atitude de segurança, manifestações saudáveis e ausência de sentimentos de ameaça gerados pelos acontecimentos da vida.

Deste modo, as pessoas que evidenciam um elevado auto-conceito, fazem auto-avaliações mais positivas em relação ao seu estado; revelam uma percepção integrada e sem distorções do mundo e de si próprias, o que lhes permite mobilizar estratégias adaptativas para lidar com a doença, sem recurso a generalizações extremas do *feedback* negativo a outros contextos.<sup>28</sup>

A nível individual, o auto-conceito desempenha um papel de grande relevo no quotidiano, com significado considerável pois a ele se ligam motivos, necessidades, atitudes, personalidade e, de uma forma mais concreta a relação que o ser humano estabelece com o meio ambiente.<sup>9</sup>

Assim, o modo como a pessoa se vê a si própria em termos de aceitação social, eficácia, maturidade psicológica e actividade ou iniciativa poderá exercer influência sobre o bem-estar, mais concretamente numa situação pós SCA este aumento de bem-estar pode contribuir para uma melhor e mais rápida reabilitação.<sup>28</sup>

Tendo por base estes pressupostos, é pertinente estudar a adesão à terapêutica em indivíduos com doença coronária, tornando-se essencial considerar todo o envolvimento psicossocial do indivíduo, sendo a questão de investigação: Será que o auto-conceito influencia positivamente a adesão terapêutica do indivíduo com doença coronária?

Neste sentido foram traçados os seguintes objectivos para a presente investigação:

- Determinar a prevalência da adesão terapêutica no indivíduo com doença coronária.
- Associar o auto-conceito com as características sócio-demográficas, sócio-familiares, clínicas, relacionadas com os serviços de saúde e relacionadas com a terapêutica farmacológica no indivíduo com doença coronária.
- Avaliar a influência do auto-conceito na adesão terapêutica do indivíduo com doença coronária.

## Tipo de Estudo

O presente estudo pode ser classificado como quantitativo, na medida em que procura descrever, verificar relações entre variáveis e averiguar as mudanças na variável dependente após a manipulação da variável independente; descritivo-correlacional pois assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem intervenção do investigador e quanto ao tempo, transversal pois avalia a frequência de um acontecimento num dado momento.<sup>26</sup>

O desenho de investigação constitui um plano ou estratégia de investigação que tem como objectivo obter uma resposta válida às questões de investigação, transmitindo uma imagem clara da investigação e está representado esquematicamente na Figura 1, e expõe as variáveis consideradas para o estudo bem como a previsível articulação.

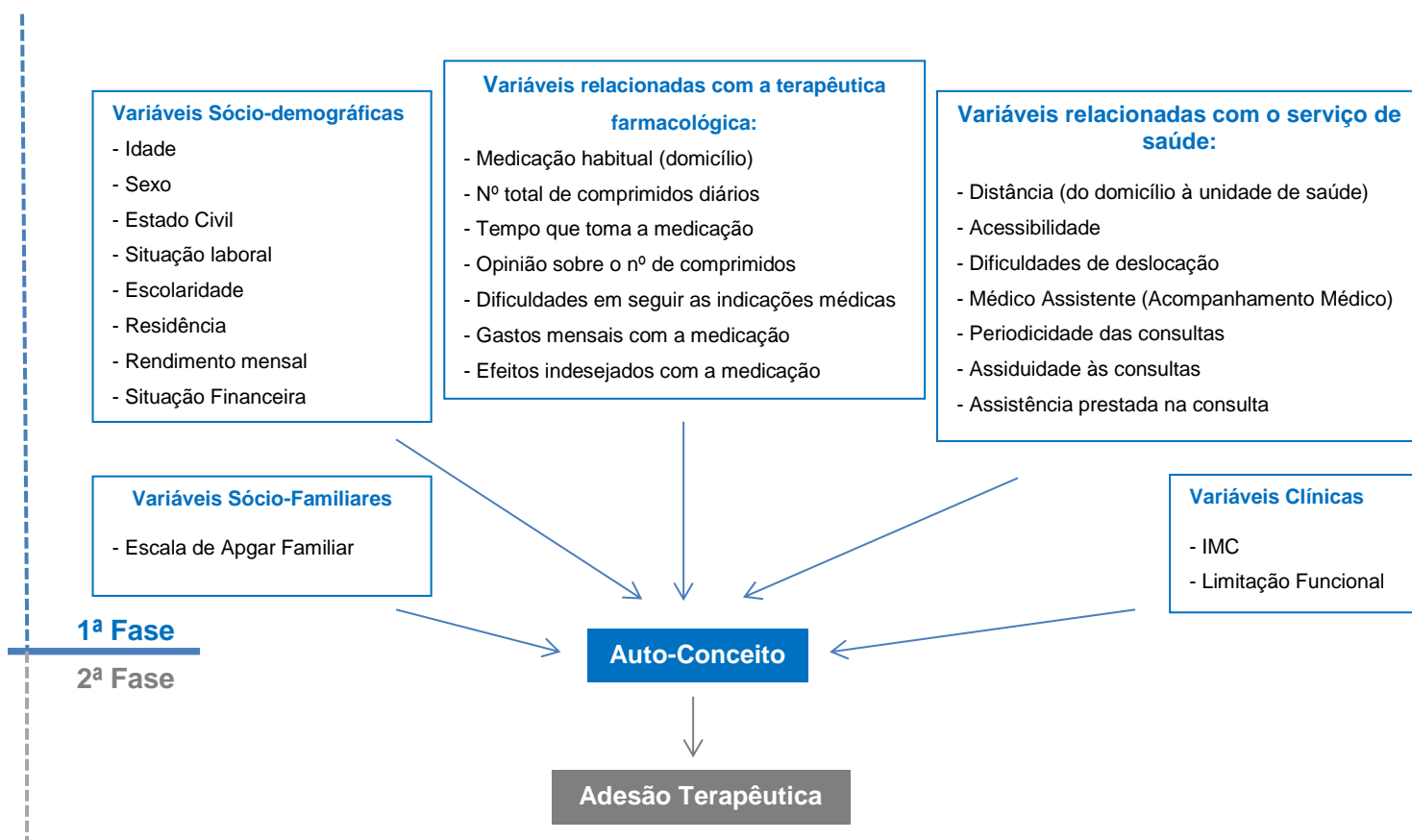


Figura 1- Representação esquemática da relação previsível entre as variáveis

Assim, o problema de investigação centra-se na adesão terapêutica e auto-conceito no indivíduo com doença coronária, de onde decorrem as hipóteses formuladas para a investigação:

**Hipótese 1** - Existe relação significativa entre o auto-conceito e as variáveis socio-demográficas no indivíduo com doença coronária.

**Hipótese 2** - As variáveis sócio-familiares exercem efeito significativo no auto-conceito do indivíduo com doença coronária.

**Hipótese 3** - Existe efeito significativo entre as variáveis clínicas e o auto-conceito do indivíduo com doença coronária.

**Hipótese 4** - As variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica interferem significativamente com o auto-conceito do indivíduo com doença coronária.

**Hipótese 5** - A variável adesão terapêutica produz efeito significativo no auto-conceito do indivíduo com doença coronária.

## 5.2. PARTICIPANTES

A população alvo deste estudo é constituída pelos indivíduos portadores de doença coronária. Os requisitos necessários para a sua inclusão no estudo foi apresentarem doença coronária diagnosticada e com regime terapêutico instituído. Como critério de exclusão foi considerado apresentar, grave deficiência mental, demência ou patologia psiquiátrica grave. A definição destes critérios prendem-se com razões metodologias, de forma a eliminar a possibilidade de haver interferência de outras patologias mais graves e garantir a colaboração e compreensão dos indivíduos para procederem ao correcto preenchimento do instrumento de colheita de dados.

Contudo esta raramente é alcançável ao investigador, sendo então importante definir-se a amostra. No presente estudo a amostragem é não probabilística accidental, dado que os participantes são escolhidos de acordo com a sua presença num determinado local e momento, isto é, serão os utilizadores da Consulta Externa de Cardiologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu e do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, durante o período de Junho a Setembro de 2011.

### Caracterização Sócio-Demográfica da amostra

A amostra é constituída por 96 participantes dos quais 78,1% são do sexo masculino e 21,9% do sexo feminino. (cf. Apêndice 1 - Quadro 1)

A **idade** dos participantes situa-se entre os 41 e os 86 anos correspondendo uma média de 66,54 anos (dp=10,51). O coeficiente de variação é de 15,79% apontando para a existência de uma dispersão média. O valor de simetria (*Skewness/error*=-1,33) indica uma curva simétrica e o valor da curtose (*Kurtosis/error*=-1,49), indica uma curva mesocúrtica. (cf. Apêndice 1 - Quadro 2)

Na análise quanto ao sexo, verifica-se que a média de idades dos homens é inferior (66,4 anos dp=10,40 *versus* 67,05 anos dp=11,11). O teste *t de Student* ( $t=-0,248$ ) revela que não existe diferença estatisticamente significativa entre ambos ( $p=0,804$ ). (cf. Apêndice 1 – Quadro 2)

Relativamente ao **estado civil**, verifica-se que a maioria dos participantes (75%) é casada e 12,5 % são viúvos. Dos participantes viúvos a maioria são do sexo feminino (28,6% *versus* 8,0%). (cf. Apêndice 1 - Quadro 1)

No que se refere à **situação laboral** a maioria dos participantes (60,4%) é *reformado*, 37,5% é *empregado* e os restantes 2,1% é *desempregado*. No grupo *empregado* verifica-se o predomínio do sexo masculino (38,7% *versus* 33,3%), ao invés do grupo *reformado* que é maioritariamente do sexo feminino (61,9% *versus* 60%). (cf. Apêndice 1 - Quadro 1)

Relativamente à **escolaridade** a maioria dos participantes (54,2%) completou o *ensino primário*; 9,4% *sem escolaridade* e 13,5% terminou o *ensino superior*. Na análise quanto ao sexo sobressai a maior percentagem no sexo feminino nos grupos *sem escolaridade* (14,3%), *ensino primário* (61,9%) e *ensino superior* (23,8%) (cf. Apêndice 1 - Quadro 1)

Na amostra analisada a maioria dos participantes (53,5%) **reside** na *aldeia*, 30,2% residem na *cidade* e 16,7% numa *vila*. (cf. Apêndice 1 - Quadro 1)

A maioria dos participantes (43,8%) apresenta um **rendimento mensal inferior a 485€**, 30,2% recebem *entre 486€ e 970€* e 9,4% recebem um rendimento mensal *superior a 1456€*. Nos escalões mais baixo (*inferior a 485€*) e mais elevado (*superior a 1456€*) são maioritariamente do sexo feminino (61,9% / 14,3% *versus* 38,7% / 8%). (cf. Apêndice 1 - Quadro 1)

No que diz respeito à **situação financeira** a maioria dos participantes (40,6%) refere *ter o suficiente para as necessidades*, 36,5% refere *ter algumas dificuldades*, 14,6% refere *ser confortável* e 8,3% *muito problemática*. (cf. Apêndice 1 - Quadro 1)

#### Em suma:

- A amostra é constituída por 96 participantes dos quais 78,1% são do sexo masculino e 21,9% do sexo feminino.
- A idade média é de 66,54 anos (dp=10,51).
- Relativamente ao estado civil 75% dos participantes é casado.
- No que se refere à situação laboral a maioria (60,4%) está reformado.
- Relativamente à escolaridade a maioria 54,2% possui ensino primário e 9,4% *sem escolaridade*.
- os participantes residem maioritariamente na aldeia (53,1%).
- A maioria dos participantes (43,8%) auferem um rendimento mensal *inferior a 485€*
- no que diz respeito à situação financeira, 40,6% refere *ter o suficiente para as necessidades*.

### 5.3. INSTRUMENTOS

Dadas as características do instrumento de medida – questionário, e pensando ser o que mais se adequa à amostra em estudo foi o método de colheita de dados escolhido.

Fortin (2009) refere que o questionário é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis e que ajuda a organizar, normalizar e controlar os dados de tal modo que as informações procuradas possam ser colhidas de forma rigorosa.<sup>26</sup>

Para efectuar a colheita dos dados e medir as variáveis definidas foi construído um instrumento de colheita de dados de forma a delimitar a informação pertinente a recolher, através da formulação das questões com o estabelecimento da sequência das questões e que obedecem a uma ordem para que estas sejam agrupadas nos diferentes temas (cf. Apêndice 2).

O questionário é constituído por:

**Parte I - Variáveis sócio-demográficas** - pretende-se avaliar os aspectos sócio-demográficos, nomeadamente obter elementos de natureza pessoal, ou seja a

caracterização do indivíduo: idade, sexo, estado civil, situação laboral, escolaridade, residência, rendimento mensal e situação financeira.

**Parte II - Variável sócio-familiar** - pretende-se obter um conhecimento acerca da funcionalidade familiar através da aplicação da Escala de Apgar Familiar. (cf. Anexo 1)

**Parte III - Variáveis clínicas:** nesta são englobadas perguntas que visam conhecer alguns aspectos considerados relevantes na doença coronária nomeadamente o índice de massa corporal (IMC) e a limitação física, de acordo com a classificação funcional da *New York Heart Association* (NYHA). (cf. Anexo 2)

**Parte IV - Variáveis relacionadas com o serviço de saúde** - neste conjunto de questões pretende-se obter dados acerca da satisfação nos serviços de saúde: distância (do domicílio à unidade de saúde), acessibilidade, dificuldades de deslocação ao local da consulta, médico assistente, periodicidade das consultas (relacionadas com a doença), assiduidade às consultas e assistência prestada nas consultas (com o Médico, Enfermeiro, Assistente Operacional e Pessoal Administrativo.)

**Parte V - Variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica** - esta parte averigua o conhecimento do doente face à sua medicação e ao esquema terapêutico associado: medicação habitual, número total de comprimidos diários, tempo que toma medicação, opinião sobre o número de comprimidos, dificuldade em seguir as indicações médicas, gastos mensais com a medicação e efeitos indesejados devido à medicação.

**Parte VI - Variáveis relacionadas com a adesão ao tratamento** - nesta parte pretende-se obter conhecimento sobre a adesão ao tratamento no indivíduo com doença coronária, através da aplicação da Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) de Delgado e Lima (2001). (cf. Anexo 3)

**Parte VII - Variável psicológica: Auto-Conceito** - este ponto visa avaliar o auto-conceito dos indivíduos com doença coronária através da aplicação do Inventário Clínico do Auto-Conceito (ICAC) de Adriano Vaz Serra (1985). (cf. Anexo 4)

Para avaliar a pertinência e eficácia do questionário e identificar as dificuldades que poderiam surgir na sua aplicação e no sentido de permitir colocar em evidência os problemas na formulação das questões quer no encadeamento das várias questões colocadas, sequência e a forma de registar as respostas, quer na sua compreensão, foi realizado um pré-teste no mês de Junho, a 10 doentes crónicos (6:4), uma vez que possuem as mesmas características dos participantes do estudo.

Assim, após a aplicação desse pré-teste, constatamos a necessidade de efectuar pequenos ajustes para que os termos utilizados fossem facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos, a forma das questões utilizadas permitisse colher as informações desejadas e não apresenta-se ambiguidade.

#### 5.4. PROCEDIMENTOS

Para a realização da investigação foram tidos em consideração os aspectos ético-legais referenciados por Fortin (2009): o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade e o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes.<sup>26</sup>

Neste trabalho de investigação foram cumpridas as normas e orientações referentes aos procedimentos éticos tais como: preenchimento do consentimento informado pelos participantes antes do preenchimento dos questionários, explicando aos participantes o objectivo do estudo e o porquê da necessidade da aplicação dos questionários (*cf.* Apêndice 3), assim como o pedido de autorização para a realização do estudo e aplicação do questionário junto da comissão ética das instituições envolvidas. (*cf.* Apêndice 4)

#### 5.5. PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico tem início no processo de colheita de dados culminando com a análise e interpretação dos resultados. Após a colheita de dados, foi efectuada uma primeira análise e selecção de todos os instrumentos de colheita de dados, no intuito de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se posteriormente processado a sua codificação e inserção em base de dados e aplicação dos procedimentos de estatística descritiva analítica e inferencial, utilizando o programa informático *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics Version 19*.

Relativamente à estatística descritiva, serão determinadas mediadas de distribuição de frequências (frequências relativas e absolutas), medidas de tendência central (média) e

medidas de dispersão (desvio padrão e o coeficiente de variação) e medidas de simetria e achatamento (*Skewness* e *Kurtosis*).

Para analisar a simetria (*Skewness/error*) e a curtose (*Kurtosis/error*) serão tidos como referência os valores que por convenção Pestana e Gageiro (2005) referem:<sup>29</sup>

- $Skewness/error \leq -1,96$  - distribuição assimétrica negativa ou enviesada à direita
- $-1,96 < Skewness/error \leq 1,96$  - distribuição simétrica
- $Skewness/error > 1,96$  - distribuição assimétrica positiva ou enviesada à esquerda
- $Kurtosis/error \leq -1,96$  - platicúrtica
- $-1,96 < Kurtosis/error \leq 1,96$  - mesocúrtica
- $Kurtosis/error > 1,96$  - leptocúrtica

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo como valores de referência convencionados por Pestana e Gageiro, (2005).<sup>29</sup>

- coeficiente de variação  $\leq 15\%$  - dispersão fraca
- $15\% < \text{coeficiente de variação} \leq 30\%$  - dispersão média
- coeficiente de variação  $> 30\%$  - dispersão elevada

Nos procedimentos de estatística inferencial, foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos.

Maroco (2007) refere que a utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populacionais. Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* e para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de *Levene's*.<sup>30</sup>

Maroco (2007) acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas.<sup>30</sup>

Pestana e Gageiro (2005) referem que consideram-se grupos de dimensão semelhante quando o quociente entre a maior dimensão ( $N$ ) e a menor ( $n$ ) for inferior a 1,5. Quando este quociente é superior a 1,5 os grupos não são de dimensões semelhantes, há grandes afastamentos tanto da normalidade como da homocedasticidade.<sup>29</sup>

De entre os testes paramétricos utilizamos para comparação de médias o teste  $t$  de *Student* e análise de variância (ANOVA), análise de regressão (regressão linear) e para

avaliar eventuais relações entre as variáveis a correlação  $r$  de *Pearson*. Dos testes não paramétricos foram aplicados os Testes de *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney U*.

Relativamente à correlação  $r$  de *Pearson* foram usados valores de  $r$ , que por convenção, Pestana e Gageiro (2005), definem:<sup>29</sup>

- $r < 0,2$  - associação muito baixa
- $0,2 \leq r \leq 0,39$  - associação baixa
- $0,4 \leq r \leq 0,69$  - associação moderada
- $0,7 \leq r \leq 0,89$  - associação alta
- $0,9 \leq r \leq 1$  - associação muito alta

As hipóteses testadas com uma probabilidade de 95% de onde resulta um nível de significância de 5,0% ( $\alpha=0,05$ ). Este nível de significância permite afirmar com uma certeza de 95,0%, caso se verifique a validade da amostra em estudo a existência de uma relação entre as variáveis. Segundo D'hainaut (1990) são tidos como valores de referência os seguintes níveis de significância:<sup>31</sup>

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

## 6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo compreende a apresentação e análise dos resultados obtidos. Numa primeira parte é feita a análise descritiva dos dados onde se destaca o perfil do conjunto das características dos participantes, seguida da análise inferencial dos resultados onde são verificadas a associação ou causalidade com a ajuda de testes estatísticos, a fim de determinar a natureza das relações entre as variáveis.

### 6.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo é feita a análise descritiva da caracterização da amostra estudada, através dos valores obtidos pela medida das variáveis através do instrumento de colheita de dados aplicado, com o recurso de quadros reportados para apêndice (cf. Apêndice 5), onde se apresentam os dados mais relevantes e estão omissas nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos pela investigadora, respeitando a ordem do questionário.

#### **Caracterização Clínica**

Relativamente ao **IMC** os participantes apresentam valores de IMC que variam entre 19,8 e 40,1 Kg/m<sup>2</sup>, correspondendo um valor médio de 27,28 Kg/m<sup>2</sup> (dp=4,23). O coeficiente de variação é de 15,79 indicativo de uma dispersão média. Relativamente à simetria (*Skewness/error*=-1,33) o valor é indicativo de uma curva simétrica e o valor da curtose (*Kurtosis/error*=2,16) indica uma curva mesocúrtica. (cf. Apêndice 5 - Quadro 3)

Constata-se ainda que 32,3% dos participantes é classificado de *saudável* mas quase metade da amostra (49%) está na *pré-obesidade*. (cf. Apêndice 5 - Quadro 4)

Na análise quanto ao sexo, verifica-se que os participantes no estado *saudável* são maioritariamente do sexo feminino (76,2% *versus* 20%). São maioritariamente do sexo masculino nos estados *pré-obesidade* (58,7%), *obesidade moderada* (12,9%), *clínica* (8,0%)

e *mórbida* (1,3%). Aplicado o teste *t de Student* ( $t=3,372$ ) revela que existem diferenças estatisticamente significativa ( $p=0,001$ ). (cf. Apêndice 5 - Quadro 3 e 4)

De acordo com a **Classificação Funcional (NYHA)** a maioria dos participantes (49%) apresenta *doença cardíaca sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras* e 42,7% apresenta *limitação física para as actividades quotidianas*, 2,1% apresenta *severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso* e os restantes 6,3% apresentam *acentuada limitação física para actividades simples*. (cf. Apêndice 5 - Quadro 4)

#### Em suma:

- 32,3% dos participantes é classificado de *saudável*.
- 49% da amostra está na *pré-obesidade*.
- 42,7% da amostra apresenta limitação física para as actividades quotidianas.
- 49% da amostra apresenta doença cardíaca sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras.

#### Caracterização Sócio-Familiar

Relativamente ao tipo de **funcionalidade familiar** avaliado pela Escala de Apgar Familiar os participantes apresentam uma média de apgar familiar de 7,10 ( $dp=3,26$ ). O coeficiente de variação é de 45,83% indicativo de um desvio elevado em relação a valor médio (dispersão elevada). Relativamente à simetria pode verificar-se que é assimétrica enviesada à direita ( $Skewness/error=-3,80$ ), apresentando uma curva mesocúrtica ( $Kurtosis/error=-0,55$ ). O teste *t de student* ( $t=-0,061$ ) mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,951$ ). (cf. Apêndice 5 - Quadro 5)

A maioria dos participantes (59,4%) apresenta uma *família altamente funcional*, 28,1% apresenta uma *família moderadamente funcional* e 12,5% apresenta uma *família com disfunção acentuada*. (cf. Apêndice 5 - Quadro 6)

#### Em suma:

- 59,4% dos participantes apresenta uma família altamente funcional
- 12,5% apresenta uma família com disfunção acentuada.

### Caracterização serviços de saúde

A **distância** oscila entre 0 e 102 Km correspondendo uma média de 17,95Km (dp=20,19). O coeficiente de variação de 112,48% aponta para a existência de uma dispersão elevada. Os valores de simetria (*Skewness/error*=8,894) indicam uma curva assimétrica positiva enviesada à esquerda e os valores da curtose (*Kurtosis/error*=11,72), indicam uma curva leptocúrtica. O teste t de *student* (t=-0,12) indica que não existem diferenças estatisticamente significativas (p=0,99). (cf. Apêndice 5 - Quadro 7)

Relativamente à **acessibilidade** a maioria dos participantes (64,6%) refere aceder à unidade de saúde em *transporte próprio*, 19,8% necessita do *transporte de familiares/vizinhos*, 10,4% vem em transporte público e 5,2% utiliza o *táxi*. (cf. Apêndice 5 - Quadro 8)

De uma análise quanto ao sexo verifica-se que a maioria dos participantes que acedem por *transporte próprio* é do sexo masculino (69,3% *versus* 47,6%) ao invés dos que acedem através do transporte de familiares /vizinhos que são maioritariamente do sexo feminino (38,1% *versus* 14,7%). (cf. Apêndice 5 - Quadro 8)

No que se refere às **dificuldades de acesso** a maior parte dos participantes (62,5%) refere *não ter dificuldade em se deslocar à consulta*, entre os quais 66,7% são do sexo masculino e os restantes 47,6% do sexo feminino. Dos que referem *ter dificuldade em se deslocar à consulta* (37,5%) serem maioritariamente do sexo feminino (52,4% *versus* 33,3%). (cf. Apêndice 5 - Quadro 8)

Dos 37,5% que referiram *ter dificuldade em se deslocar à consulta* a maioria (47,2%) aponta o facto de *ter dificuldade no transporte* e 30,6% refere o facto de *necessitar de acompanhante*. De salientar os 8,3% que atribuem a dificuldade ao *custo financeiro* e ao facto de a *distância ser grande para ir a pé* e os restantes 5,6% que referem o facto de *não poder faltar ao trabalho*. (cf. Apêndice 5- Quadro 9)

Relativamente ao **médico assistente** a amostra é maioritariamente seguida pelo *cardiologista* (76%), em 16,7% o acompanhamento médico cabe ao *médico de família* e apenas 7,3% ao *médico particular (não cardiologista)*. (cf. Apêndice 5 - Quadro 8)

Relativamente à **periodicidade das consultas**, a maioria dos participantes (53,1%) tem consultas semestralmente, 26% tem consulta 2 a 4 vezes por ano, 16,7% tem consulta anualmente e 4,2% tem consulta mais do que 4 vezes por ano. (cf. Apêndice 5 - Quadro 8)

Relativamente à **assiduidade** pode-se verificar que 82,3% *nunca* faltou às consultas, 15,6% faltou *raramente* e apenas 2% faltou *algumas* ou *muitas vezes*. (cf. Apêndice 5 - Quadro 8)

A maioria dos participantes considerou a **assistência prestada** pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelo médico (62,5%), enfermeiro (63,5%), assistente operacional (60,4%) e pessoal administrativo (60,4%),  *muito boa*. Consta-se também que para todas as categorias profissionais apenas 3,1% considerou *razoável*. (cf. Apêndice 5 - Quadro 8)

#### *Em suma:*

- a distância média do domicílio à unidade de saúde é de 17,97km (dp=20,19).
- 64,6% dos participantes acede à unidade de saúde em transporte próprio.
- 62,5% da amostra refere não ter dificuldade em se deslocar à consulta.
- dos 37,5% que refere ter dificuldades, 45,9% aponta a dificuldade no transporte.
- 76% da amostra é seguida pelo cardiologista.
- 53,1,% dos participantes tem consultas semestralmente.
- 82,3% da amostra nunca faltou às consultas.
- 2% faltaram algumas ou muitas vezes.
- a maioria dos participantes dos participantes considerou a assistência prestada pelos profissionais de saúde muito boa nomeadamente pelo médico (62,5%), enfermeiro (63,5%), assistente operacional (60,4%) e pessoal administrativo (60,4%).

#### **Caracterização das variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica**

Relativamente à **medicação no domicílio** a maioria dos participantes faz parte do esquema terapêutico um *anti-agregante plaquetário* (71,9%), em mais de metade da amostra este inclui ainda *estatinas* (57,3%) e *anti-hipertensores* (53,1%) e em 27,1% dos participantes faz parte ainda os *antidiabéticos orais*. De salientar ainda que uma grande maioria da população (76%) inclui ainda *outra* terapêutica. (cf. Apêndice 5 - Quadro 10)

Relativamente ao **nº de comprimidos** diários verifica-se um valor mínimo de 1 comprimido e o valor máximo 21 comprimidos a que corresponde uma média de 7,3 comprimidos diários (dp=3,7). O coeficiente de variação é de 50,28% indicador de uma dispersão elevada. A simetria (*Skewness/error*=4,682) sugere uma curva assimétrica positiva, enviesada à esquerda. O valor da curtose (*Kurtosis/error*=4,75) é indicativo de uma curva leptocúrtica. (cf. Apêndice 5 - Quadro 11)

No que refere ao **tempo toma da medicação** verifica-se um mínimo de 2 meses e um máximo de 225 meses a que corresponde uma média de 50,43 meses (dp=41,46). O coeficiente de variação é de 82,23% indicativo de uma dispersão elevada. A simetria (*Skewness/error*=6,36) indicativa de uma curva assimétrica positiva, enviesada à esquerda.

O valor da curtose (*Kurtosis/error*=6,30) indicativa de uma curva leptocúrtica. (cf. Apêndice 5 - Quadro 12)

Relativamente à **opinião sobre o nº de comprimidos**, a maioria dos participantes (63,5%) considera que são os *necessários*, 27,1% considera *excessivo* e os restantes 9,4% considera *não excessivos*. (cf. Apêndice 5 - Quadro 13)

Numa análise quanto ao sexo os participantes que referem *são os necessários* são maioritariamente do sexo masculino (70,67% *versus* 38,1%). Os que referem *sim* (47,62% *versus* 21,33) ou *não* (14,28% *versus* 8%) são maioritariamente do sexo masculino. (cf. Apêndice 5 - Quadro 13)

Relativamente às **dificuldades em seguir as indicações médicas**, quase a totalidade dos participantes (90,6%) refere não ter dificuldade e seguir integralmente as indicações médicas. (cf. Apêndice 5 - Quadro 13)

Dos 9,4% que referem dificuldades, 33,3% referem usar uma caixa especial para transportar os medicamentos e em percentagem igual referem ajustar o tratamento às actividades diárias. Também em percentagem equivalente (11,1%) referem ter mudado para um regime mais simples por sua iniciativa, pedido ao profissional de saúde que ajuste o regime terapêutico e pedido ao profissional de saúde um plano escrito do tratamento a seguir. (cf. Apêndice 5 - Quadro 14)

Relativamente ao **gasto mensal com a medicação** verifica-se um valor mínimo de 5€ e um valor máximo de 200€ a que corresponde uma média de 75,37€ (dp=45,25). O coeficiente de variação é de 60,04% indicativo de uma dispersão elevada. A simetria (*Skewness/error*=3,13) indicativa de uma curva assimétrica positiva, enviesada à esquerda. O valor da curtose (*Kurtosis/error*=1,24) indicativa de uma curva leptocúrtica. (cf. Apêndice 5 - Quadro 15)

Quanto aos **efeitos indesejáveis com a medicação**, a maior parte dos participantes (65,6%) não apresentou efeitos indesejáveis com a medicação. (cf. Apêndice 5 - Quadro 13) Dos 34,4% que responderam que apresentavam efeitos indesejáveis 8,3% referem fraqueza/fadiga, 6,3% náuseas e 5,2% cefaleias. (cf. Apêndice 5- Quadro 16)

#### *Em suma:*

- os participantes tomam em média 7,36 (dp=3,7) comprimidos diariamente.
- os participantes tomam a medicação em média há 50,43 meses (dp=41,464).

- a maioria (63,5%) dos participantes consideram que o número de comprimidos são os necessários e 27,1% considera excessivo.
- 90,6% dos participantes refere não ter dificuldade e seguir integralmente as indicações médicas.
- os participantes gastam em média 75,37€ (dp=45,25) mensalmente com a medicação.
- dos 9,4% que referem dificuldades, 33,3% referem usar uma caixa especial para transportar os medicamentos e em percentagem igual referem ajustar o tratamento às actividades diárias.
- 65,6% refere não apresentar efeitos indesejáveis com a medicação.

### **Caracterização da adesão ao tratamento**

Relativamente à **adesão à terapêutica**, da análise dos dados verifica-se uma média de adesão de 32,42% (dp=3,87). Registou-se um coeficiente de variação de 11,94%, indicativo de uma dispersão fraca. O valor de curtose (*Kurtosis/error*=-15,54) indica de uma curva platocúrtica, e os valores de simetria (*Skewness/error*=41,51) indicam uma curva assimétrica negativa enviesada à direita. (cf. Apêndice 5 - Quadro 17)

Constata-se que 43,8% apresenta *elevada adesão* e 18,8% apresenta *baixa adesão* e os restantes 37,5% *razoável adesão*. (cf. Apêndice 5 - Quadro 18)

Analisando quanto ao sexo nos níveis de adesão razoável e elevado o sexo masculino é predominante (38,67% / 44,0% *versus* 23,81% / 33,33% respectivamente). Dos 18,8% que apresentam *baixa adesão* 23,81% são do sexo feminino e 17,33% do sexo masculino. (cf. Apêndice 5 - Quadro 18)

### **Em suma:**

- A amostra estudada apresenta uma adesão média de 32,42% com um desvio padrão de 3,87.
- 43,8% dos participantes apresenta elevada adesão, 37,5% razoável adesão e 18,8% baixa adesão.
- O sexo masculino é predominante nos níveis razoável (38,7% *versus* 23,81%) e elevada adesão (44,0% *versus* 33,33%).
- No nível de baixa adesão o sexo feminino prevalece (23,81% *versus* 17,33%).

### Caracterização do Auto-Conceito

Da aplicação do ICAC verifica-se um valor mínimo de 46 e máximo de 90, correspondendo uma média de 67,35 ( $dp=8,98$ ). Registou-se um coeficiente de variação de 13,34%, indicativo de uma dispersão fraca. O valor de simetria ( $Skewness/error=0,365$ ) indica uma curva simétrica e o valor de curtose ( $Kurtosis/error=0,162905$ ) é indicativo de uma curva mesocúrtica. (cf. Apêndice 5 - Quadro 19)

#### Em suma:

- os participantes apresentam um valor médio de auto-conceito de 67,35 ( $dp=8,98$ ).

## 6.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos resultados obtidos já descritos anteriormente decorre a abordagem inferencial dos mesmos através da estatística inferencial.

O estudo é realizado em duas fases. Numa primeira fase é efectuada uma análise da influência do auto-conceito (variável dependente) nas variáveis independentes consideradas (sócio-demográficas, sócio-familiar, clínicas, relacionadas com os serviços de saúde, relacionadas com a terapêutica farmacológica). Numa 2ª etapa é analisada a influência do auto-conceito (variável independente) na adesão terapêutica (variável dependente).

Os dados mais relevantes obtidos pela medida das variáveis através do instrumento de colheita de dados aplicado são apresentados sob a forma de quadros reportados para apêndice (cf. Apêndice 6) nos quais estão omissas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos pela investigadora, respeitando a ordem do questionário.

Segue-se a verificação da associação das variáveis independentes em estudo com a variável dependente, através de testes paramétricos e não paramétricos, uma vez que a amostra é superior a 30 ( $N=96$ ), apesar de não respeitar uma distribuição normal como mostra o teste da normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* (cf. Apêndice 6 - Quadro 20) e nem sempre respeitar a homogeneidade entre os sub-grupos.

## 1º FASE

### **Associação entre sexo, estado civil, escolaridade, residência, rendimento e situação financeira) e o auto-conceito**

No que se refere ao **sexo**, através da aplicação do teste de *Mann-Witney U*, verifica-se que as mulheres apresentam médias ordenadas superiores no valor global do auto-conceito (49,74 versus 48,15). No entanto, nas dimensões aceitação/rejeição social (49,21), auto-eficácia (48,97) e impulsividade/actividade (49,67) a média ordenada é superior no sexo masculino. Apenas na dimensão maturidade psicológica é superior no sexo feminino (54,57). No entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadro 21)

Relativamente ao **estado civil** através da aplicação do teste *Kruskal-Wallis* verifica-se que a amostra estudada apresenta nas dimensões aceitação/rejeição social e auto-eficácia médias ordenadas superiores no estado civil *casado*. Nas dimensões maturidade psicológica e impulsividade/actividade e no valor global do autoconceito a média é superior no estado civil *divorciado*. Contudo não se registam diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadro 22)

Para o estudo da **situação laboral** os grupos foram recodificados em *activos* e *não activos*. Da aplicação do teste *t de student* verifica-se que a média é superior no grupo *activo* nas dimensões aceitação/rejeição social, auto-eficácia e impulsividade/actividade e no valor global do auto-conceito, sendo estatisticamente significativo nas dimensões auto-eficácia ( $p = 0,000$ ) e impulsividade/actividade ( $p = 0,033$ ). (cf. Apêndice 6- Quadro 23)

Relativamente à **escolaridade** o teste *Kruskal-Wallis* mostra que a média ordenada na dimensão aceitação/rejeição social é superior no grupo *ensino preparatório*. No *ensino secundário* é mais elevada na dimensão impulsividade/actividade e no auto-conceito global. São os *sem escolaridade* que apresentam médias ordenadas superiores na dimensão maturidade psicológica. Verificam diferenças estatisticamente significativas na dimensão auto-eficácia ( $p = 0,017$ ). Procedeu-se à ordenação das *mean raking*, foi aplicado o teste Anova e efectuada a comparação múltipla através dos testes *Post Hoc (Tukey)* sem contudo se localizarem as diferenças entre os sub-grupos. (cf. Apêndice 6- Quadro 24). 12,68% da variação da auto-eficácia está associada à escolaridade.

Relativamente à **residência** os valores obtidos pela aplicação do teste *Kruskal-Wallis* indicam médias ordenadas superiores nos participantes que residem na *cidade* em todas as dimensões do auto-conceito e no valor global do auto-conceito. No entanto não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). (cf. Apêndice 6- Quadro 25)

No que se refere ao **rendimento** o teste *Kruskal-Wallis* demonstra que as médias ordenadas são superiores no grupo com rendimento mensal *inferior a 485€* na dimensão aceitação/rejeição social. Nos participantes que apresentam rendimento mensal *superior a 1456€* nas dimensões auto-eficácia, maturidade psicológica, impulsividade/atividade e no valor global do auto-conceito. No entanto não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadro 26)

Relativamente à **situação financeira** após a aplicação do teste *Kruskal-Wallis* verifica-se que em todas as dimensões e no valor global do auto-conceito as médias ordenadas são superiores no grupo que refere *ter o suficiente para as necessidades*. Nas dimensões auto-eficácia ( $p = 0,000$ ), maturidade psicológica ( $p = 0,003$ ) e no valor global ( $0,001$ ) verificam-se diferenças estatisticamente significativas. (cf. Apêndice 6 - Quadro 27) 30,51% da auto-eficácia, 14,69% da maturidade psicológica e 18,61% do valor global auto-conceito prende-se com a situação financeira.

Após a ordenação das médias nas três dimensões e aplicação dos testes *Post Hoc* (*Tukey*) constata-se que a diferença na dimensão auto-eficácia verifica-se entre o grupo que refere *situação financeira confortável* e o que refere *algumas dificuldades* ( $p = 0,007$ ), entre o que refere *algumas dificuldades* e o *suficiente para as necessidades* ( $p = 0,000$ ) e entre o que refere *situação financeira muito problemática* e o *suficiente para as necessidades* ( $p = 0,002$ ). Na dimensão maturidade psicológica as diferenças localizam-se entre os grupos *tenho algumas dificuldades* e *tenho o suficiente para as necessidades* ( $p = 0,001$ ). No valor global do auto-conceito a diferença verifica-se entre os que referem *tenho algumas dificuldades* e *tenho o suficiente para as necessidades* ( $p = 0,000$ ).

### Associação entre apgar familiar e o auto-conceito

No que se refere ao **Apgar familiar** verifica-se que as médias ordenadas são superiores no grupo *família com disfunção acentuada* nas dimensões aceitação/rejeição social, auto-eficácia e valor global do auto-conceito. As médias ordenadas são superiores nos participantes que referem *família moderadamente funcional* na dimensão maturidade psicológica. Na dimensão impulsividade/atividade as médias ordenadas são superiores nos que referem *família altamente funcional*. Verificam diferenças estatisticamente significativas na dimensão auto-eficácia ( $p = 0,007$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadro 28)

Após ordenação das médias na dimensão auto-eficácia e a aplicação dos testes *Post Hoc* (*Tukey*) constata-se que esta diferença se verifica entre os grupos *família altamente funcional* e *família com disfunção acentuada* ( $p = 0,029$ ) e entre os grupos *família*

*moderadamente funcional e família com disfunção acentuada* ( $p=0,03$ ). 10,47% da variação da auto-eficácia estar relacionada com a funcionalidade familiar.

### Associação entre limitação funcional e o auto-conceito

Relativamente à **limitação funcional** verifica-se que nas dimensões auto-eficácia e impulsividade/atividade e no valor global do auto-conceito a média é superior nos participantes *sem sintomas ou limitações*. Na dimensão aceitação/rejeição social a média é superior nos que referem *severas limitações mesmo em repouso*. Na dimensão maturidade psicológica as médias ordenadas são superiores nos que apresentam *acentuada limitação para actividades simples*. Verificam-se diferenças estatísticas significativas nas dimensões auto-eficácia ( $p=0,000$ ) e impulsividade/atividade ( $p=0,039$ ) e no auto-conceito global ( $p=0,015$ ). (cf. Apêndice 6- Quadro 29)

Ordenadas as médias e após a aplicação dos testes *Post Hoc* (*Tukey*) constata-se que na dimensão auto-eficácia estas diferenças localizam-se entre o grupo *sem sintomas ou limitações* com os grupos *limitações actividade quotidiana* ( $p=0,000$ ) e *acentuada limitação para actividades simples* ( $p=0,004$ ) Na dimensão impulsividade/atividade esta diferença localiza-se entre o grupo *sem sintomas ou limitações* e o grupo *acentuadas limitações para actividades simples* ( $p=0,032$ ). No valor global do auto-conceito a diferença verifica-se entre os grupos *limitação para actividades quotidianas* e *sem sintomas ou limitações* ( $p=0,01$ ). 21,41% da auto-eficácia, 8,81% da impulsividade/atividade e 11,04% do valor global do auto-conceito deve-se à limitação funcional.

### Associação entre acessibilidade, dificuldade em se deslocar, médico assistente e o auto-conceito

No que se refere à **acessibilidade** verificam-se médias ordenadas superiores nos participantes que utilizam *transporte próprio* nas dimensões auto-eficácia e impulsividade/atividade e no valor global do auto-conceito. As médias ordenadas são superiores nos que utilizam *transporte de familiares/vizinhos* nas dimensões aceitação/rejeição social e maturidade psicológica. Verificam-se diferenças estatísticas significativas na dimensão auto-eficácia ( $p=0,025$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadro 30)

Procedeu-se à ordenação das médias na dimensão auto-eficácia e posterior aplicação dos testes *Post Hoc* (*Tukey*) localizando-se as diferenças entre os que utilizam *transporte próprio* e *transporte de familiares/vizinhos* ( $p=0,012$ ). 9,85% da auto-eficácia está relacionada com a acessibilidade.

Relativamente à **dificuldade em se deslocar**, através da aplicação do teste *Mann-Whitney* verificam-se médias ordenadas superiores nos participantes que referem *não* ter dificuldade em se deslocar. Verificam-se diferenças estatísticas significativas na dimensão auto-eficácia entre os dois grupos ( $p=0,001$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadro 31)

Relativamente ao **médico assistente** verifica-se valores de médias ordenadas superiores nos participantes que são acompanhados pelo *cardiologista* em todas as dimensões e no valor global do auto-conceito. Verificam-se diferenças estatísticas significativas nas dimensões aceitação/rejeição social ( $p=0,005$ ), maturidade psicológica ( $p=0,004$ ), impulsividade/actividade ( $p=0,026$ ) e no valor global do auto-conceito ( $p=0,003$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadro 32)

Resultado da ordenação das médias e aplicação dos testes *Post Hoc (Tukey)* as diferenças nas dimensões aceitação/rejeição social ( $p=0,011$ ), maturidade psicológica ( $p=0,021$ ) e no valor global do auto-conceito ( $p=0,000$ ) verificam-se entre os que tem acompanhamento médico pelo *médico de família* e *cardiologista*. Na dimensão impulsividade/actividade não se localizam as diferenças. 11,15% da aceitação/rejeição social, 11,54% da maturidade psicológica, 7,70% da impulsividade/actividade e 12,38% do valor global do auto-conceito depende do acompanhamento médico.

### Associação entre opinião sobre o nº de comprimidos, dificuldades em seguir as indicações médicas e efeitos secundários e o auto-conceito

No que diz respeito à **opinião sobre o nº de comprimidos** verifica-se que as médias ordenadas são superiores nos participantes que referem não considerar excessivo o nº comprimidos em todas as dimensões e no valor global do auto-conceito. Verificam-se diferenças estatísticas significativas em todas as dimensões e no valor global do auto-conceito. (cf. Apêndice 6 - Quadro 33)

Ordenadas as médias e após a aplicação dos testes *Post Hoc (Tukey)* constata-se que na dimensão aceitação/rejeição social estas diferenças se localizam entre os grupos *sim* e *não* consideram excessivos ( $p=0,001$ ) e entre os participantes que referem *são* os *necessários* e os que *não* consideram excessivos ( $p=0,002$ ). Na dimensão auto-eficácia esta diferença é entre os que *consideram excessivos* e os que *não* consideram excessivos ( $p=0,000$ ) e entre os que consideram *ser os necessários* e os que consideram *não ser excessivos* ( $p=0,016$ ). Na dimensão maturidade psicológica as diferenças verificam-se entre o grupo que consideram *ser os necessários* e os que *não* consideram excessivos ( $p=0,01$ ). Na dimensão impulsividade/actividade as diferenças verificam-se entre os que *consideram excessivos* e os que *não* consideram excessivos ( $p=0,005$ ) e entre os que consideram *ser*

os *necessários* e os que *não* consideram excessivos ( $p=0,016$ ). No valor global do auto-conceito estas diferenças verificam-se entre os que *consideram excessivos* e os que *não* consideram excessivos ( $p=0,001$ ) e entre os que consideram que *são os necessários* e os que *não* consideram excessivos ( $p=0,002$ ). 13,83% da aceitação/rejeição social, 11,18% da auto-eficácia, 13,69% da maturidade psicológica, 10,20% da impulsividade/atividade e 14,16% do auto-conceito está relacionada com a opinião sobre o nº de comprimidos.

Relativamente à ***dificuldade em seguir as indicações médicas*** as médias ordenadas são superiores nos participantes que referem *não* ter dificuldades em seguir as indicações médicas nas dimensões aceitação/rejeição social, maturidade psicológica e impulsividade/atividade e no valor global do auto-conceito. A média é superior nos que referem ter dificuldade em seguir as indicações médicas na dimensão auto-eficácia. No entanto não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadro 34)

Relativamente à questão se ***apresentou efeitos indesejáveis*** as médias ordenadas são superiores nos participantes que *não* apresentaram efeitos secundários em todas as dimensões e no valor global do auto-conceito. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas na aceitação/rejeição social ( $p=0,014$ ) e impulsividade/atividade ( $p=0,001$ ) e no valor global do auto-conceito entre ambos ( $p=0,033$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadro 35)

### ***Associação entre idade, apgar familiar global, IMC, nº de comprimidos, tempo toma de medicação, gastos com a medicação e distância e o auto conceito***

Para o estudo do auto-conceito com idade, apgar familiar, IMC, nº de comprimidos, tempo toma de medicação, gastos com a medicação e distância (variáveis independentes contínuas), procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla através do método *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Na dimensão ***aceitação/rejeição social*** verifica-se que a variável que apresenta maior correlação é o nº de comprimidos ( $r=0,345$ ) e a de menor correlação a idade ( $r=-0,015$ ). O apgar familiar, IMC e nº de comprimidos, estabelecem com a variável dependente uma relação positiva. Por outro lado, as variáveis independentes idade, tempo de toma de medicação e gasto com a medicação, estabelecem uma relação inversa. Destas correlações entre a variável dependente e as variáveis independentes as variáveis apgar familiar ( $p=0,017$ ), nº de comprimidos ( $p=0,000$ ) e distância ( $p=0,008$ ) são estatisticamente significativas. Destas variáveis, através do método *stepwise* verifica-se que apenas o nº de

comprimidos explica 11,9% da aceitação/rejeição social ( $r^2=0,119$ ;  $r=0,345$ ;  $\beta=-0,345$ ;  $t=-3,565$ ;  $p=0,001$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadro 36 e 37)

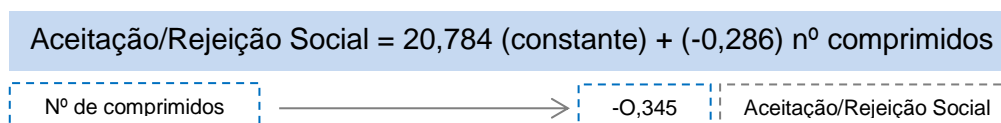


Figura 2 – Síntese da associação entre as variáveis independentes e aceitação/rejeição social

Relativamente à dimensão **auto-eficácia** pelo modelo de regressão a variável que apresenta maior correlação é a distância ( $r=-0,337$ ) e menor correlação o IMC ( $r=-0,017$ ). Apgar familiar e tempo de toma de medicação, estabelecem com a variável dependente uma relação positiva. Por outro lado, idade, IMC, nº de comprimidos, gasto com a medicação e distância estabelecem uma relação inversa. Destas correlações entre a variável dependente e as variáveis independentes idade ( $p=0,004$ ), apgar familiar ( $p=0,001$ ), nº de comprimidos ( $p=0,004$ ), gasto com a medicação ( $p=0,002$ ) e distância ( $p=0,000$ ) são estatisticamente significativas. Destas variáveis, através do método *stepwise* verifica-se que apenas as variáveis idade, apgar familiar e distância são explicativas da dimensão auto-eficácia do auto-conceito ( $r^2=0,241$ ,  $r=0,491$ ;  $p=0,000$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadros 38 e 39)

A primeira variável a entrar no modelo de regressão, que apresenta um total de 3 passos, foi a distância, pois como se pode verificar pelos valores de correlação de Pearson, é a que apresenta um maior coeficiente de correlação de Pearson com a variável dependente. Esta variável explica no primeiro modelo 11,3% da variação da dimensão auto-eficácia com erro padrão de estimativa de 3,071.

No modelo 2 para além da distância, entrou o Apgar familiar global e estas duas variáveis no seu conjunto, passaram a explicar 20,6% da variabilidade total da dimensão auto-eficácia, tendo o erro estimado diminuído para 2,9218.

No terceiro modelo de regressão entrou a variável idade, que juntamente com as variáveis já referidas no segundo modelo, que explicam 24,1% da variabilidade da dimensão auto-eficácia, com uma diminuição do erro estimado para 2,8737.

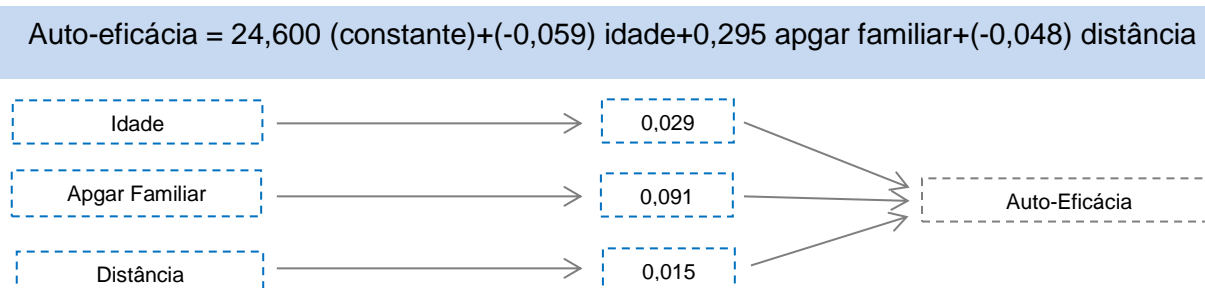


Figura 3 - Síntese da associação as variáveis independentes e auto-eficácia

O estudo da dimensão **maturidade psicológica** mostra que a distância apresenta maior correlação com a dimensão maturidade psicológica ( $r=-0,305$ ) e menor correlação o IMC ( $r=0,033$ ). Idade, IMC global, apgar familiar e tempo de toma de medicação, estabelecem com a variável dependente uma relação positiva. Por outro lado, nº de comprimidos, gasto com a medicação e distância estabelecem uma relação inversa. Destas correlações entre a variável dependente e as variáveis independentes a distância é estatisticamente significativa ( $p=0,001$ ). Através do método *stepwise* verifica-se que a distância explica 9,3% da dimensão maturidade psicológica do auto-conceito ( $r^2=0,093$ ;  $r=0,305$ ;  $\beta=-0,305$ ;  $t=-3,107$ ;  $p=0,003$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadros 40 e 41)

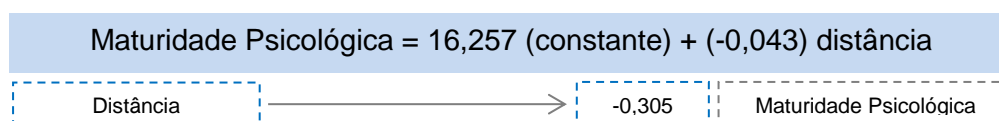


Figura 4 - Síntese da associação entre as variáveis independentes e maturidade psicológica

Na dimensão **impulsividade/atividade** o modelo de regressão mostra que é a distância que apresenta maior correlação ( $r=-0,390$ ) e menor correlação o IMC ( $r=0,000$ ). O apgar familiar e o IMC, estabelecem com a variável dependente uma relação positiva. Por outro lado, idade, tempo de toma de medicação, nº de comprimidos, gasto com a medicação e distância estabelecem uma relação inversa. Destas correlações entre a variável dependente e as variáveis independentes idade ( $p=0,021$ ) gasto com a medicação ( $p=0,008$ ) e distância ( $p=0,000$ ) são estatisticamente significativas. Destas variáveis, através do método *stepwise* verifica-se que apenas a distância explica 15,2% da dimensão impulsividade/atividade do auto-conceito conceito ( $r^2=0,152$ ;  $r=0,390$ ;  $\beta=-0,390$ ;  $t=-4,108$ ;  $p=0,000$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadros 42 e 43)

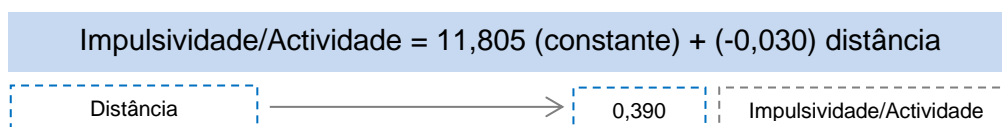


Figura 5 - Síntese da associação entre as variáveis independentes e impulsividade/atividade

O **valor global** do **auto-conceito** pelo modelo de regressão verifica-se que a que apresenta maior correlação é a distância ( $r=-0,370$ ) e a de menor correlação é o tempo de toma de medicação ( $r=-0,065$ ). O apgar familiar estabelece com a variável dependente uma relação positiva. Por outro lado, idade, IMC, nº de comprimidos, tempo de toma de medicação, gasto com a medicação e distância estabelecem uma relação inversa. Destas correlações entre a variável dependente e as variáveis independentes as variáveis apgar familiar ( $p=0,025$ ), nº de comprimidos ( $p=0,006$ ), gasto com a medicação ( $p=0,018$ ) e distância ( $p=0,000$ ) são estatisticamente significativas. Destas variáveis, através do método

*stepwise* verifica-se que apgar familiar global e distância são explicativas do valor global do auto-conceito ( $r^2=0,180$ ;  $r=0,424$ ;  $p=0,000$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadros 44 e 45)

A primeira variável a entrar no modelo de regressão, que apresenta um total de 2 passos, foi a distância, pois é a que apresenta um maior coeficiente de correlação de *pearson*. Esta variável explica no primeiro modelo 13,7% da variação do auto-conceito global eficácia com erro padrão de estimativa de 8,389.

O modelo 2 para além da distância, entrou o Apgar familiar e estas duas variáveis no seu conjunto, passaram a explicar 18,0% da variabilidade total do auto-conceito global, tendo o erro estimado diminuído para 8,225.

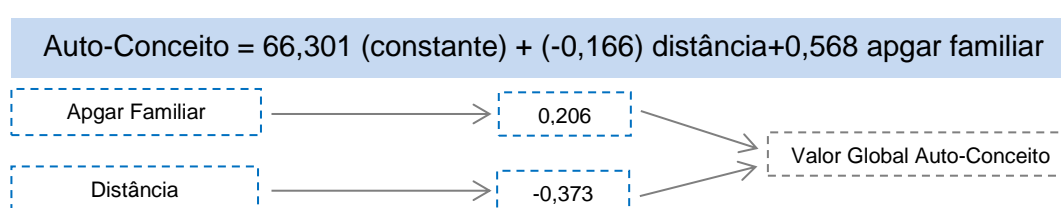


Figura 6 - Síntese da associação entre as variáveis independentes e auto-conceito

## 2ª FASE

### Associação entre adesão terapêutica e o auto-conceito

Para o estudo da variável dependente auto-conceito com a adesão terapêutica (variável independente) procedeu-se à realização de uma regressão. A variável que apresenta maior correlação com a adesão terapêutica é o auto-conceito global ( $r=-0,162$ ) e menor correlação a dimensão maturidade psicológica ( $r=-0,107$ ). O valor global do auto-conceito e todas as dimensões do auto-conceito estabelecem com a adesão terapêutica uma relação inversa. Destas correlações entre a variável dependente e as variáveis independentes nenhuma é estatisticamente significativa ( $p>0,05$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadro 46)

Para determinar se o auto-conceito se apresenta como preditor da adesão terapêutica, utilizou-se o método *enter*. Verificou-se que a correlação que o auto-conceito e respectivas dimensões estabelecem com a adesão terapêutica é baixa, explicando 3,2% da adesão terapêutica. Contudo não se verifica nenhuma variável com valor preditivo ( $r^2=0,032$ ;  $r=0,180$ ;  $p=0,554$ ). (cf. Apêndice 6 - Quadro 47)



## 7. DISCUSSÃO

Este capítulo comporta a discussão dos resultados começando pela discussão metodológica, onde são abordadas as limitações do estudo e a caracterização da amostra, seguida da discussão dos resultados à luz de trabalhos anteriores, do quadro conceptual ou teórico e dos métodos de investigação utilizados no estudo.

### 7.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

O tema elegido para a investigação foi “*adesão terapêutica, auto-conceito e doença coronária*”. A razão para esta escolha prende-se com a experiência profissional a adquirida no Ensino Clínico, ao ser confrontada com diversas situações que colocam em questão o impacto dos factores psicossociais na adesão terapêutica do indivíduo com doença crónica, nomeadamente na doença coronária. A complexidade do tema, consequência da multiplicidade das suas dimensões, torna-o simultaneamente fascinante e inesgotável.

Uma das preocupações fundamentais desde o início da conceptualização do estudo, foi desenvolver um trabalho científico metodológico, sistematizado e rigoroso. No entanto, mesmo tendo em consideração este facto, tem noção das limitações da investigação, as quais prendem-se com enviesamentos metodológicos e a amostra.

É reconhecido na literatura o impacto da percepção da condição da sua doença influencia o indivíduo, na noção do risco, na importância de seguir a terapêutica, bem como a prioridade colocada na adesão. Assim seria pertinente a opção por um estudo do tipo longitudinal com vários momentos de avaliação para serem avaliadas as possíveis alterações no auto-conceito e no nível de adesão terapêutica.

A construção de um instrumento de medida resultou um questionário extenso, que poderia enviesar os resultados pela possibilidade de fadiga aquando das respostas pelos inquiridos. Apesar do questionário ser um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas e habitualmente preenchido pelos próprios participantes, sem necessidade de apoio do investigador, estes não foram na sua totalidade auto-aplicáveis. Dadas as características dos participantes (nomeadamente idade) estes revelaram algumas

dificuldades obrigando a presença da investigadora para o seu preenchimento o que poderá ter induzido as respostas dos participantes. Ainda relativamente ao questionário, nomeadamente a questão sobre o *tempo de toma de medicação* verificaram-se alguns valores díspares que poderão estar relacionados com a ambiguidade da pergunta e os participantes terem-se reportado a patologias concomitantes. Relativamente à caracterização clínica nomeadamente o IMC é uma equação generalizada e não é completamente fidedigna em termos fisiológicos, pelo que seria pertinente o estudo da massa gorda através da bio-impedância de forma a perceber a quantidade de massa gorda e magra que o indivíduo possui ou, de um estudo antropométrico recorrendo às pregas subcutâneas e perímetro abdominal. Estes factos constituíram uma limitação pois pretendia-se que a colheita de dados fosse a mais fidedigna e válida.

Outra limitação está relacionada com a amostra. O método de amostragem não probabilístico accidental em que os elementos que compõem o subgrupo são escolhidos de acordo com a sua presença num determinado local e momento, o que acarreta limitação na inferência dos resultados para a população pela possibilidade de não ser representativa da população. Seria ainda pertinente ter considerado como requisito de inclusão o tempo de doença (data de ocorrência do evento).

## 7.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os participantes do estudo apresentam valores mais baixos para o auto-conceito relativamente ao valor encontrado por Vaz Serra (1986), no seu estudo de construção e validação do ICAC, onde participaram estudantes do ensino universitário (ano lectivo 1985/85) e elementos da população em geral, totalizando 920 elementos ( $72,142 \pm 7,19$ ).<sup>10</sup>

Também num estudo realizado por Bruges (2002) onde participaram 35 mulheres mastectomizadas, os resultados obtidos apontam valores superiores de auto-conceito: auto-conceito de nível médio ( $74,2 \pm 9,65$  antes da mastectomia) e médio alto 6 meses após a cirurgia ( $77,9 \pm 12,37$ ) e um ano depois ( $76,7 \pm 11,88$ ).<sup>23</sup>

Ao estudar uma amostra que incluiu 266 diabéticos tipo 1, com idades compreendidas entre os 18 e 83 anos, Nunes (2008) constatou que estes apresentam em média um auto-conceito mais pobre que os indivíduos da população em geral ( $70,81$ ), contudo superiores aos valores encontrados.<sup>24</sup>

Similarmente Vaz Serra, Matos e Gonçalves (1986) ao analisarem a importância do auto-conceito em relação com a presença de sintomas depressivos em 305 indivíduos da população em geral, encontraram valores de auto-conceito, cujas respectivas médias são superiores às obtidas no presente estudo ( $74,659 \pm 6,58$ ).<sup>32</sup>

No entanto, ao avaliar o auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais, num estudo que englobou 123 elementos Vaz Serra e Firmino (1986) concluíram que existe uma tendência para este tipo de doentes ter um auto-conceito mais pobre ( $66,789 \pm 9,984$ ).<sup>33</sup>

### **Características sócio-demográficas e auto-conceito**

A amostra é maioritariamente do sexo masculino (78,1%), com uma média de idade de  $66,5 \pm 10,51$  anos sendo que as mulheres são mais velhas  $67,05 \pm 11,11$  anos ( $p=0,804$ ).

Estes resultados vão de encontro aos dados recolhidos pelo RNSCA (2009) no seu estudo observacional, prospectivo e contínuo que reporta a informação de sete anos de actividade (2002-2008), onde participaram 45 hospitais portugueses e foram incluídos 22.482 indivíduos com idade média de  $66 \pm 13$  anos, 70% do sexo masculino.<sup>19</sup>

No que se refere ao sexo, as mulheres apresentam melhor auto-conceito que os homens, sendo que os homens atribuem maior importância à dimensão impulsividade/actividade, e as mulheres apresentam melhor valor na maturidade psicológica.

Estes resultados contrariam os dados recolhidos por autores como Vaz Serra (1986) Vaz Serra e Firmino (1986), Vaz Serra, Matos e Gonçalves (1986) e Nunes (2008) que apontam valores superiores de auto-conceito nos homens.<sup>10,24,32,33</sup>

O facto de ser membro de uma sociedade num contexto cultural concreto, a percepção do mundo e das pessoas a partir de padrões culturais e sociais vigentes, tais como estereótipos sexuais e imagem do homem e da mulher, podem explicar, pelo menos parcialmente, as diferenças de género observadas. Assim, tanto os homens como as mulheres, teriam estruturado o seu auto-conceito a partir do espelho social constituído pelos outros significativos, que reflectem as suas percepções e atitudes, indo de encontro com o papel instrumental e expressivo.<sup>34</sup>

A auto-confiança é uma exigência básica para a acção, para o exercício da actividade profissional, para o sucesso, para construir uma ponte entre a família e a sociedade que, no contexto cultural da amostra estudada nesta pesquisa, eram funções mais características do homem do que da mulher. Por outra parte, as mulheres participantes da amostra foram, possivelmente, socializadas com foco nos outros, para sustentar a unidade e a harmonia da família através da consistência moral e ética.<sup>34</sup>

Relativamente à variável idade apresentam melhores valores globais de auto-conceito os indivíduos mais novos ( $r=-0,120$ ;  $p=0,123$ ).

Os valores encontrados corroboram com os resultados obtidos no estudo de Vaz Serra (1986) cujo valor para o auto-conceito para o grupo etário superior ou igual a 60 anos foi de  $73,682 \pm 5,158$  e encontra valores mais baixos na meia-idade e logo a seguir nos adultos jovens.<sup>10</sup>

Esta variação dos níveis de auto-conceito com o avanço da idade foi encontrada também em estudos realizados Veiga (1990), Fontaine (1991) e Peixoto & Mata (1993).<sup>35</sup>

Vaz Serra (1986) explica estes dados pelo facto de a meia-idade ser um período de vida vulnerável e conturbado, em que o indivíduo sente, mais do que em outros períodos, a sobrecarga da vida quotidiana, em termos económicos e profissionais e o período dos adultos jovem corresponde à fase da procura do primeiro emprego. Como tal, o autor conclui que o auto-conceito tende a empobrecer no período activo e de maior responsabilidade da sua vida e quando a crítica realidade se torna mais pesada.<sup>10</sup>

No mesmo sentido, Marsh (1989, *apud* Faria e Azevedo, 2004) afirma que a evolução do auto-conceito com a idade pode ser representado, por uma curva tipo U, demonstrando um declínio no início da adolescência, que se reverte no meio deste período, aumenta no seu final e início da idade adulta. Este facto pode ser explicado pela crescente noção de realismo que os indivíduos adquirem ao longo do tempo, por contraponto à auto-avaliação positiva e irrealista característica dos mais novos.<sup>35</sup>

Relativamente ao estado civil, são os divorciados que apresentam melhores valores para o valor global do auto-conceito. Os casados atribuem maior poder à auto-eficácia e à aceitação/rejeição social. Os divorciados à maturidade psicológica e à impulsividade/actividade.

O estado marital dos indivíduos constitui uma variável de certo modo representativa do isolamento em que as pessoas estão.

No que se refere à situação laboral são os participantes que estão no activo que apresentam melhores valores para o auto-conceito. Apenas na dimensão maturidade psicológica os não activos apresentam valores superiores. Lógica

Ficar desempregado pode significar a perda de um conjunto de papéis, como o papel de trabalhador (reconhecimento/estatuto social, o sentimento de ser produtivo e útil, de se sentir necessário no mundo), o papel de sustento de família, a família do trabalho (relações sociais inerentes). Diversas necessidades deixam de poder ser satisfeitas na ausência de emprego: a de liberdade e independência (a garantia de uma remuneração mensal permita

alcançar uma certa liberdade económica), conduzindo a uma identidade diminuída e perda da auto-estima.

No âmbito da escolaridade são os que possuem o ensino secundário que apresentam melhores valores médios para o valor global do auto-conceito e também atribuem mais importância às dimensões aceitação/rejeição social e impulsividade/actividade. Os que referem sem escolaridade apresentam melhores valores na dimensão maturidade psicológica. Por sua vez os que possuem ensino superior são mais auto-eficazes.

No estudo de Gomes e Ribeiro (2001) em que participaram 30 indivíduos submetidos a cirurgia de bypass aorto-coronário no serviço de cirurgia torácica os resultados mostraram a existência de diferenças estatisticamente significativas em função da escolaridade para o variável auto-conceito em que os menos escolarizados exibem resultados mais favoráveis.<sup>27</sup>

Apresentam melhores valores de auto-conceito os residentes na cidade.

Relativamente ao rendimento mensal, são os que usufruem de um rendimento mensal superior a 1456€ que apresentam melhor auto-conceito bem como nas dimensões auto-eficácia, maturidade psicológica e impulsividade/actividade. São os com rendimento inferior a 485€ que apresentam melhor valor na dimensão aceitação/rejeição social. Maioritariamente, os participantes referem *tenho o suficiente para as necessidades* (40,6%) e são estes que apresentam melhores valores de auto-conceito.

Os resultados de estudos sobre a relação entre o auto-conceito e o estatuto sócio-económico são contraditórios. Alguns estudos como os de Housley [et al] (1972) e Fontaine (1992) assinalam a presença de diferenças significativas nalgumas dimensões do auto-conceito em prol dos indivíduos com nível sócio-económico mais elevado; Trowbridge (1972) não encontra diferenças significativas e, outros estudos relatam ainda, que as diferenças se manifestam a favor dos indivíduos de níveis sócio-económicos mais baixos.<sup>36</sup>

### **Características clínicas e auto-conceito**

Relativamente ao IMC a maioria dos participantes, de acordo com os valores de referência da OMS classificam-se no estado de pré-obesidade (40,9%), 76,2% das mulheres se classificam-se no estado saudável e 58,7% dos homens no estado pré-obesidade.

Os resultados obtidos corroboram com os dados da Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade (2002), que apontam uma prevalência da obesidade em Portugal de 13% para o sexo masculino e 15% para o sexo feminino.

Dados da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade apontam valores de 53,65% da população com excesso de peso ( $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ ) dos quais 60,2% são homens e 47,8% são mulheres.<sup>37</sup>

Apresentam melhores valores globais de auto-conceito os que apresentam um menor IMC ( $r = -0,253$ ;  $p = 0,461$ ).

Os resultados encontrados foram de encontro ao esperado corroborando com os dados de alguns estudos (Tanco *et al*, 1998 e Glinski *et al*, 2001, *apud* Travado [et al], 2004) que referem uma pobre auto-eficácia, auto-confiança e auto-estima por parte destes doentes, uma vez que esta população tem tendência à deseabilidade social, ou seja, apresentar uma imagem favorável de si próprio.<sup>38</sup>

Friedman e Carr (2005, *apud* Caetano, Carvalho e Galindo, 2005) concluíram que os obesos II/III possuíam níveis mais baixos de auto-aceitação, tendo explicado essa associação através das crenças do indivíduo obeso de ter sido tratado de um modo diferente devido ao seu peso ou aparência.<sup>39</sup>

No encontro *Consensus Conference on Obesity* (1985 *apud* Travado [et al], 2004), onde os aspectos psicológicos dos indivíduos portadores de obesidade foram objecto de estudo concluíram que a obesidade produz uma enorme carga psicológica, podendo ser considerada o maior efeito adverso da obesidade.<sup>38</sup>

Tendo em consideração o facto dos indivíduos obesos serem enquadrados num grupo estigmatizante, sustentando-se atitudes negativas sobre a sua condição, e ao serem por isso tratados de modo diferenciado, pressupõe-se que a sua auto-estima seja afectada, visto esta ser influenciada pelas nossas percepções sobre como os outros nos vêem e tratam.<sup>39</sup>

No entanto, o estudo de Friedman e Brownel (1995, *apud* Caetano [et al], 2005) mostrou que as raparigas adolescentes tinham tendência para experienciar uma maior insatisfação com o seu corpo e uma baixa auto-estima, enquanto as mulheres adultas tendiam a apresentar apenas uma insatisfação com o seu corpo. Tal pode dever-se à elevada pressão a que as adolescentes estão submetidas nesse período de vida ou então, pelo facto das mulheres adultas terem desenvolvido uma auto-estima mais positiva devido a outros aspectos na sua vida.<sup>39</sup>

Em termos de limitação funcional, de acordo com a classificação funcional NYHA, 49,0% da amostra refere sem sintomas e nenhuma limitação para actividades rotineiras e 42,7% refere limitação física para actividades quotidianas.

Os resultados do estudo de Alves [et al] (2007) cujos dados foram obtidos do Projecto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE), onde

participaram 1.769 idosos (idade  $\geq 60$  anos), residentes em São Paulo no período de Janeiro de 2000 e Março de 2001) demonstraram que as doenças crónicas apresentam uma forte influência na capacidade funcional do idoso: a presença de HTA (hipertensão arterial) aumenta em 39% a possibilidade do idoso ser dependente nas actividades instrumentais de vida diária (AIVD's), a doença cardíaca aumenta em 82%, a artropatia em 59% e a doença pulmonar em 50%. Para a dependência nas AIVD's e actividades de vida diária (AVD's), a os valores duplicaram.<sup>40</sup>

Verbrugge *et al* (1989, *apud* Alves [et al], 2007) evidenciaram que a DM, as doenças cardíacas, a artrite e o câncer apresentam um moderado impacto; e a HTA é a condição menos provável de ocasionar efeito na capacidade funcional do idoso.<sup>40</sup>

Também Guccione *et al* (1994, *apud* Alves [et al], 2007) realizaram um estudo utilizando os dados do *Framingham Study Cohort*, com o objectivo de identificar associações entre condições crónicas e dependência funcional dos idosos americanos e encontraram que a artrite e a doença cardíaca apresentavam maiores efeitos em comparação com as outras doenças crónicas.<sup>40</sup>

Apresentam em média melhores valores de auto conceito bem como nas dimensões auto-eficácia e impulsividade/actividade os que referem *sem sintomas ou nenhuma limitação*. Apresentam melhores valores na dimensão maturidade os que referem *acentuada limitação*. Por sua vez os que referem *severas limitações* que apresentam melhores valores na dimensão aceitação/rejeição social.

Rabelo e Neri (2005) afirmam que a incapacidade funcional é a maior consequência das condições crónicas e afecta o *status* psicológico. Os eventos da vida exigem ajustamento da parte do indivíduo e também podem restringir fontes importantes de suporte, o que tem grande impacto sobre a saúde e o bem-estar. Vivenciar um evento negativo associadas ao estado de saúde, como ficar incapacitado, representa uma ameaça ao senso de controlo pessoal e traz consequências na vida quotidiana do indivíduo, tendendo a accionar recursos pessoais e sociais.<sup>41</sup>

### **Características sócio-familiares e auto-conceito**

No que se refere à funcionalidade familiar, mais de metade dos participantes apresenta família altamente funcional (59,4%).

Os resultados estão de acordo com o estudo de Azeredo e Matos (1989) que verificam que a maior parte dos idosos tem um relacionamento com os restantes membros da família de uma forma altamente funcional.<sup>42</sup>

Também Nunes (1999/2008) encontra resultados que evidenciam o perfil psico-social de indivíduos diabéticos com qualidade de vida de nível médio (média=120,81), gravemente deprimido (média=39,90), com auto-conceito de nível médio (média=70,81), com razoável adesão ao tratamento (média=79,49), cujo apoio social é de nível médio (média=58,89) e pertencente a uma família altamente funcional (média=7,59).<sup>24</sup>

Sobre a funcionalidade familiar Torres [et al] (2009) no estudo que envolveu 117 idosos dependentes, residentes no interior da região Nordeste do Brasil, constatou que 73,5% dos idosos relataram comprometimento da dinâmica familiar, sendo mais frequente a definição da dinâmica familiar com moderada funcionalidade (46,15%).<sup>43</sup>

Os que referem *família com disfunção acentuada* apresentam melhores valores nas dimensões aceitação/rejeição social e auto-eficácia e no valor global do auto-conceito. Na dimensão maturidade psicológica são os que referem *família moderadamente funcional*. Na dimensão impulsividade/actividade são os que refere *família altamente funcional*. Apresentam melhores valores de auto-conceito os que apresentam maiores valores de apgar ( $r=0,201$ ;  $p=0,025$ ), isto é, os que alegam uma família altamente funcional.

Azeredo e Matos (1989) sustentam que a família é uma unidade social importante, capaz de resolver (ou ajudar a resolver) problemas bio-psico-sociais individuais ou colectivos.<sup>42</sup>

Os resultados do estudo estão em consonância com a literatura, que demonstra que a atmosfera e o relacionamento familiares são factores que se correlacionam de forma significativa e no sentido positivo, ou seja, de que quanto maior a funcionalidade familiar maior qualidade de vida.<sup>43</sup>

Também Konen *et al.* (1993, *apud* Nunes, 2008) ao determinar se o controlo metabólico em diabéticos adultos tipo 1 se relacionava com a função familiar percebida, chegaram à conclusão de que os que apresentavam níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) aceitáveis tinham uma coesão familiar mais elevada.<sup>24</sup>

### **Características relacionadas com os serviços de saúde e o auto-conceito**

Relativamente aos serviços de saúde a maioria dos participantes acede à consulta em transporte próprio (64,6%), refere não ter dificuldades na deslocação à unidade de saúde (62,5%), é seguida pelo cardiologista (76,0%), com consultas semestrais (53,1%), nunca faltaram (82,3%) e consideram a assistência prestada nas consultas pelos profissionais de saúde muito boa (médico-62,5%/ enfermeiro-63,5%/ assistente operacional-60,4%/pessoal administrativo-60,4%).

Apresentam melhor auto-conceito os que utilizam o transporte próprio como meios de deslocação para aceder à unidade de saúde. São também os que referem não ter dificuldade em se deslocar à unidade que apresentam melhores valores de auto-conceito ( $t=-2,071$ ;  $p=0,041$ ). Em termos de acompanhamento médico os que são seguidos pelo cardiologista apresentam melhores valores de auto-conceito ( $mean\ rank=53,9$ ;  $p=0,003$ ). Relativamente à distância apresentam melhor auto-conceito os que mais perto da unidade de saúde ( $r=-0,370$ ;  $p=0,000$ ).

Todo o indivíduo, independentemente do seu estatuto socio-económico, deve ter igual direito ao acesso aos cuidados de saúde, respeitando a sua dignidade. Contudo, em muitas situações isso não se observa, interferindo, entre outras coisas, no auto-conceito do indivíduo. Se a sociedade não lhe garante o acesso aos serviços de saúde, o seu auto-conceito sofrerá alterações, o que, por si só, causará sofrimento.

### **Características relacionadas com a terapêutica farmacológica e auto-conceito**

Em termos de terapêutica os participantes estão a tomar em média  $7,36\pm 3,7$  comprimidos por dia, em média há  $50,43\pm 41,46$  meses, com gasto mensal médio de  $75,37\pm 45,25\text{€}$ , a maioria considera que são os necessários (63,5%), não apresentou efeitos indesejáveis (65,6%) e refere não ter dificuldades em seguir as indicações médicas (90,6%).

Apresentam melhores valores de auto-conceito os que referem não considerar excessivo o nº de comprimidos, não ter dificuldades em seguir as indicações médicas e os que não apresentaram efeitos indesejáveis com a medicação apresentaram melhores valores de auto-conceito.

Relativamente ao nº de comprimidos, quanto maior o nº de comprimidos diários mais pobre o auto-conceito ( $r=-0,253$ ;  $p=0,006$ ). Quanto ao tempo de toma de medicação apresentam melhores valores para o auto-conceito os indivíduos que tomam medicação à menos tempo ( $r=-0,065$ ;  $p=0,265$ ). Também em termos de gasto mensal quanto maior o valor mensal gasto com a medicação pior o auto-conceito ( $r=-0,214$ ;  $p=0,018$ ).

As consequências de factores relacionados com o regime terapêutico têm sido trabalhadas em diversos modelos analíticos no âmbito da psicologia da saúde, sendo o *health belief model* o mais conhecido. Este modelo postula que a probabilidade de o indivíduo seguir as indicações médicas e de aplicar correctamente um regime terapêutico depende da sua motivação, a qual se relaciona com a forma como assume o seu estado de saúde e como encara efectivamente a sua vulnerabilidade à doença e as consequências que dela possam advir, bem como o impacto real que pode ter no seu bem-estar e na sua qualidade de vida. Simultaneamente, o indivíduo tem de acreditar que o regime terapêutico que lhe foi

prescrito e as recomendações que deverá seguir terão igualmente um impacto positivo no seu estado de saúde. Por sua vez, os modelos do senso comum desenvolvidos sobre as patologias, ajudam-nos a dar sentido à sua experiência da doença e orientar o seu comportamento, e se é certo que existe uma norma social prescritiva genericamente favorável à adesão à terapêutica, também é certo que existem numerosas normas socioculturais desfavoráveis, como, por exemplo, a crença no risco de perda das “defesas naturais”, devido à habituação a determinados medicamentos, entre outros.<sup>3</sup>

### **Adesão terapêutica e auto-conceito**

Relativamente à adesão à terapêutica os participantes apresentam uma adesão média de  $32,42 \pm 3,87$ ) e 43,3% apresenta elevada adesão ao tratamento.

É conhecida a vasta proliferação de estudos e dos resultados não coincidentes na temática da adesão terapêutica. Assim, os valores encontrados estão em concordância com a maioria de outros estudos que apresentam valores que variam entre 30% a 70% de indivíduos que não seguem na íntegra as indicações médicas.<sup>2</sup>

Os resultados encontrados corroboram ainda com outros estudos como os de DiMatteo (1994), Bugalho e Carneiro (2004), Klein e Gonçalves (2005), Sheridan e Radmacher (1992) que concluíram que 30 a 50% não cumprem o esquema terapêutico proposto.<sup>3</sup>

Ainda outros estudos dos níveis de adesão aproximam-se dos resultados encontrados como o de Haynes, McKibbon e Kanani (1996), OMS (2003) e Ostenberg e Blaschke (2005) que estimam uma média aproximada de 50% de indivíduos que não tomam os medicamentos de acordo com as prescrições nos países desenvolvidos e um índice de adesão ainda menor nos países em vias de desenvolvimento.<sup>1</sup>

Verifica-se que quanto maior o nível de adesão ao tratamento menor o auto-conceito ( $r=-0,162$ ;  $p=0,057$ ).

Para esta variável no encontramos nenhum autor que tenha estudado sua relação directa com o auto-conceito. No entanto, os estudos de Vaz Serra (1986) enfatizaram que o auto-conceito revela-se preditivo de um bom ou mau ajustamento. Fitts (1972, *apud* Vaz Serra, Antunes e Firmino, 1986) sustenta que quanto melhor o auto-conceito, mais efectivo é o funcionamento do indivíduo. Assim, os dados da investigação levam a admitir que um indivíduo com um bom auto-conceito tem um desempenho satisfatório e gratificante.<sup>44</sup>

## 8. CONCLUSÃO E SUGESTÕES

O crescimento das doenças crónicas, nomeadamente as doença cardiovasculares (entre as quais a doença coronária) e em paralelo o envelhecimento da população por sua vez associado às multipatologias, que representa um problema de saúde pública, pela perda que representa em anos de vida activa para o indivíduo, família, sociedade e economia.

Associado a este facto surge a questão da adesão terapêutica com importância indiscutível por se tratar de um ponto fundamental para a resolubilidade de um tratamento ou sucesso da terapêutica, a cura, o controlo e prevenção da doença coronária. Há cada vez mais, por parte dos profissionais de saúde, uma tomada de consciência das repercussões que a não adesão em termos pessoais, sociais e económicos.

Actualmente verifica-se um forte empenho não só em minimizar as consequências mas também a progressão da doença coronária e consequentes novos episódios.

A importância do estudo do auto-conceito é central, visando compreender como se organiza na população específica de indivíduos com doença coronária de forma a obter informação que permita ter em conta a variabilidade inter-individual. O conhecimento dos grupos menos favorecidos em termos de autoconceito contribui para a intervenção, no sentido de tornar os indivíduos mais capazes de enfrentar os desafios dos novos contextos de acção que se avizinham, pois o conceito de si mesmo, enquanto organizador e regulador da acção, poderá facilitar a tarefa de atribuir significado às experiências anteriores e de motivar os investimentos futuros.

A intervenção e o papel assumido pelos profissionais de enfermagem no que se refere à adesão é um processo ainda pouco sistematizado e intencional. Partindo dos objectivos inicialmente traçados para este estudo, verificamos que, no contexto em que o mesmo se realizou, a percentagem de pessoas que aderem ao regime terapêutico é baixa, apesar da percepção inicial ser no sentido de uma elevada prevalência de não adesão. Neste sentido, a educação para a saúde, revela-se um recurso fundamental, na intervenção terapêutica dos enfermeiros, promotora de uma melhor adesão. Deste modo, tendo por foco a promoção de comportamentos de adesão, como processo intencional da acção profissional dos enfermeiros, afigura-se como uma excelente oportunidade de desenvolvimento das suas práticas.

Os enfermeiros, pela natureza intrínseca das terapêuticas de enfermagem, ou seja, pela intensidade da relação que estabelecem com os doentes e suas famílias, pela informalidade que caracteriza a sua interacção e que é muito valorizada pelas pessoas, têm um espaço de intervenção privilegiado neste contexto de actuação multiprofissional, com vista a promover a consciencialização deste grupo de pessoas para aderirem ao regime terapêutico.

Decorre da teoria de enfermagem que os enfermeiros têm, por foco central, através da relação interpessoal, ajudar as pessoas a vivenciar aspectos significativos da sua vida/saúde de forma o mais saudável possível, quer resultem de acontecimentos ao longo do ciclo vital quer decorram eventos críticos num determinado momento ou etapa desse mesmo ciclo vital, ou seja, transições de saúde-doença, designadamente, o diagnóstico de SCA.

Os enfermeiros são um recurso facilitador dessa mesma transição, promovendo, por um lado, as disposições individuais necessárias à mudança ou a consciencialização e atribuição de significado à transição e, por outro lado, aumentando a mestria através de processos de aprendizagem, permitindo uma integração fluida da nova condição de saúde da pessoa.

Os resultados do estudo e a revisão de literatura realizada possibilitam sugerir, além da intervenção individual, orientada pelo modelo de promoção da saúde e da inclusão de um psicólogo na equipa multidisciplinar, a introdução de algumas medidas gerais relacionadas com a organização do trabalho, por forma a facilitar a vigilância e monitorização da adesão e a prescrição atempada das intervenções mais adequadas a cada pessoa. Assim sugere:

- a criação da entrevista de acolhimento inicial e consulta de enfermagem, por exemplo, três e seis semanas após a ocorrência da SCA. Por um lado, procurando identificar e compreender as dificuldades sentidas pelo indivíduo e família e esclarecer dúvidas que possam persistir. Por outro lado, para perceber o nível de consciencialização e o significado atribuído pelos mesmos, face à necessidade mudança dos comportamentos decorrente da sua nova condição de saúde;
- o recurso ao método de trabalho por enfermeiro de referência, que poderá facilitar o desenvolvimento de uma relação terapêutica promotora da adesão;
- a realização de acções de educação para a saúde sobre a adesão periodicamente, recorrendo ao grupo de pares;
- o reforço de informação sobre alterações do estilo de vida.

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. Este estudo pode ser um ponto de partida para a realização de outras pesquisas visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados neste contexto de cuidados de saúde. A partir da partilha dos resultados deste estudo com a equipa de enfermagem, seria interessante iniciar um percurso de reflexão sobre as práticas, perspectivando as mudanças necessárias, para melhorar ou introduzir intervenções com impacto positivo nos comportamentos de adesão suportadas e validadas pela investigação.



## BIBLIOGRAFIA

- 1 - WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Adherence to long- term therapy: evidence for action**. Geneva: WHO, 2003. [consult. 05/12/2010]. 197p. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
- 2 - BUGALHO, António e CARNEIRO, António Vaz - **Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas**. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE), 2004. [consult. 05/12/2010]. 115 p. Disponível em [http://www2.ratiopharm.com/pt/pt/pub/empresa1/destaques/ades\\_o\\_terap\\_utica.cf](http://www2.ratiopharm.com/pt/pt/pub/empresa1/destaques/ades_o_terap_utica.cf) – livro norma
- 3 - CABRAL, Manel Villaverde e SILVA, Pedro Alcântara da - **A adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. 2010. 139 p. ISBN 978-972-671-257-2
- 4 - SANTOS, Ricardo [et al] - **Adesão à Terapêutica do Doente Coronário**. Lisboa: 2010. [consult. 05/12/2010]. p. 11-20 Disponível em [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3570%3AAadesao-a-terapeutica-em-doentes-com-patologia-cardiaca&catid=216%3AJulho-a-agosto-2010&limitstart=1](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3570%3AAadesao-a-terapeutica-em-doentes-com-patologia-cardiaca&catid=216%3AJulho-a-agosto-2010&limitstart=1)
- 5 - PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares** [em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2006. [consult. 05/12/2010]. 21p. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005644.pdf>
- 6 - LUNELLI, Rosana Pinheiro [et al] - **Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana**. [em linha]. São Paulo: Acta Paul Enfermagem, 2009: 22(4). [consult. 05/12/2010]. p. 367-373 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a03v22n4.pdf>

- 7 - VAN DER WAL, Martje H.L.; JAARSMA, Tiny e VAN VELDHUISEN, Dirk J. - **Non-Compliance in patients with heart failure; how to manage it?**. [em linha]. The European Journal of Heart Failure, 2005: (7). [consult. 05/12/2010]. p. 5-7 Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c9e89e69-b708-4064-922c-08d7f498806d%40sessionmgr4&vid=2&hid=17>
- 8 - SANTOS, Fernando Ribeiro - **Problemas psicossociais no doente cardíaco**. [em linha]. Porto: Revista Portuguesa de Psicossomática, 2004 (Janeiro-Junho) ano/vol.6, nº101. [consult. 05/12/2010]. p. 37-42 Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/287/28760105.pdf>
- 9 - VAZ SERRA, Adriano - **A importância do Auto-Conceito**. Revista de Psiquiatria Clínica. Coimbra. ISSN 0870-8231. vol 7 nº 2 (Abril/Junho1986) p. 57-66
- 10 - VAZ SERRA, Adriano – **O Inventário Clínico de Auto-Conceito**. Revista de Psiquiatria Clínica. Coimbra. ISSN 0870-8231. vol 7 nº 2 (Abril/Junho1986) p. 67-84
- 11 - VAZ-SERRA, Adriano - **O auto-conceito** [documento electrónico]. Análise Psicológica. Lisboa. ISSN 0870-8231. Série VI, n.º 2 (Abril 1988), p. 101-110
- 12 - ROCHA, Ana Paula de Melo Figueiredo - **O autoconceito nos idosos**. [em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa-Faculdade de Medicina de Lisboa: 2007. - [consult. 07/09/2011]. 180 p. Disponível em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1103/1/17177\\_O\\_Autoconceito\\_dos\\_Idosos.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1103/1/17177_O_Autoconceito_dos_Idosos.pdf)
- 13 - LEMOS, Conceição – **Associação entre Depressão, Ansiedade e Qualidade de Vida em pacientes que apresentam quadro de Pós Infarto Agudo do Miocárdio** [em linha]. Poto Alegre: 2005; 79 p. [consult. 05/12/2010]. Disponível em [http://www.psicocardiologia.com.br/prodcient/Dissertacao\\_Depressao\\_Infarto.pdf](http://www.psicocardiologia.com.br/prodcient/Dissertacao_Depressao_Infarto.pdf)
- 14 - TRIGO, Miguel; SILVA, Danilo e ROCHA, Evangelista - **Factores Psicossociais de Risco na Doença Coronária: Para além do Comportamento Tipo A**. Revista Portuguesa de Cardiologia. Lisboa: 2005; 24(2): p. 261-281. [consult. 05/12/2010]. Disponível em <http://www>.
- 15 - CATELA, Ana Isabel - **Viver a adesão ao regime terapêutico: experiências vividas do doente submetido a transplante cardíaco**. [em linha]. Coimbra: Pensar Enfermagem: 2010; 24(2): p. 39-54. [consult. 05/12/2010]. Disponível [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010\\_14\\_2\\_39-54\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_39-54(1).pdf)

- 16 - SLUIJS [et al] - **Paciente's adherence to medical treatment: a meta review.** [em linha]. NIVEL: 2006; 142 p. [consult. 05/12/2010]. Disponível em:  
[http://www.nivel.nl/pdf/patiente\\_adherence-to-medical-treatment-a-meta.review.pdf](http://www.nivel.nl/pdf/patiente_adherence-to-medical-treatment-a-meta.review.pdf)
- 17 - HENRIQUES, Maria Adriana Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico em Idosos.** [em linha]. Lisboa: 2006: 49 p. [consult. 05/12/2010]. Disponível  
<http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.PDF>
- 18 - ANDRÉ, Carlos - **Qualidade de Vida e Doença Coronária.** Coimbra: Formasau. 2005. 155 p. ISBN 972-8485-50-6
- 19 - SANTOS, José Ferreira [et al] - **Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas: sete anos de actividade em Portugal** [em linha]. Revista Portuguesa de Cardiologia: 2009;28: p. 1465-1500. [consult. 05/12/2010]. Disponível em  
<http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/1146.pdf>
- 20 - PORTO, Celmo Celso - **Doenças do Coração: Prevenção e Tratamento.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 21 - FRIÕES, Fernando [et al] – **Impacto dos factores de risco cardiovascular numa amostra da população do Porto de acordo com os modelos de predição de risco de Framingham.** [em linha]. Revista Portuguesa de Cardiologia: 2003; 22(4): p.511-520. [consult. 05/12/2010]. Disponível em  
<http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/1178.pdf>
- 22 - ANDRADE, Alexandre; STECKLING, Eunice e SILVEIRA, Cristiane Couto - **Aspectos Psicossociais, Estresse e Estilo de Vida em Portadores de Doença cardiovascular.** [em linha]. 2007; 21 p. [consult. 05/12/2010]. Disponível em  
<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/viewFile/1275/1086>
- 23 - BRUGNES, Maria Lisete - **Aspectos sociais e emocionais do auto-conceito em mulheres mastectomizadas.** [em linha]. Porto: Universidade Católica Portuguesa: 2002; 13p. [consult.07/09/2011]. Disponível em <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/5.pdf>
- 24 - NUNES, Maria Madalena Jesus Cunha – **Qualidade de Vida e Diabetes: influência das variáveis psicossociais.** [em linha]. Repositório Instituto Politécnico de Viseu - Número 34 - Abril de 2008. [consult.07/09/2011]. Disponível em

[http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/380/1/Calidad\\_de\\_vida\\_y\\_diabetes.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/380/1/Calidad_de_vida_y_diabetes.pdf)

25 - ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Sousa e OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de - **Características psicológicas associadas à saúde: a importância do auto-conceito.** [em linha]: Viseu: Repositório Instituto Politécnico de Viseu – nº 26, 2002, 16p. - [consult. 19/10/2011]. Disponível em

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/625/1/Caracter%C3%ADsticas%20psicol%C3%B3gicas%20associadas%20%C3%A0%20sa%C3%BAde.pdf>

26 - FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de Investigação.** 3ª edição. Loures: Lusodidacta. 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-1-8-5

27 - FRANCISCO, Ana Rita [et al] - **Co-morbilidades médicas concomitantes com a Síndrome Coronária Aguda.** [em linha]. Lisboa: Revista Portuguesa de Cardiologia: 2010; 29 (01): p. 7-21 - [consult. 05/12/2010]. Disponível em

<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/viewFile/1275/1086>

28 - GOMES, Maria do Céu e RIBEIRO, J- **Relação entre auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário.** [em linha]. Porto: Psicologia, Saúde & Doenças: 2001, 2(1), p. 35-45 - [consult. 05/12/2010]. Disponível em:

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v2n1/v2n1a03.pdf>

29 - PESTANA, Maria Helena e GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS.** 4ª edição revista e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo. 2005. 690 p. ISBN 972-618-391

30 - MAROCO, João – **Análise Estatística com o PASW Statistics.** Pêro Pinheiro: Report Number Lda. 2010. 953 p. ISBN 978-989-96763-0-5

31 - D'HAINAUT, Louis - **Conceitos e métodos da estatística.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1992. 2 vols. ISBN 972-31-0563-2

32 - VAZ SERRA, Adriano; MATOS, Ana Paula e GONÇALVES, Susana - **Auto-Conceito e sintomas depressivos na população em geral.** Revista de Psiquiatria Clínica. Coimbra. ISSN 0870-8231. vol 7 nº 2 (Abril/Junho1986) p. 97-101

33 - VAZ SERRA, Adriano e FIRMINO, Horácio - **O auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais.** Revista de Psiquiatria Clínica. Coimbra. ISSN 0870-8231. vol 7 nº 2 (Abril/Junho1986) p. 91-96

34 - TAMAYO [et al] - **A influência da atividade física regular sobre o autoconceito.** [em linha] Brasília: Estudos de Psicologia (2001). 6(2), p. 157-165 - [consult. 05/11/2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v6n2/7270.pdf>

35 - FARIA, Luísa e AZEVEDO, Ângela Sá - **Manifestações diferenciais do autoconceito no fim do ensino secundário Português.** [em linha] Porto: Paidéia, 2004. 14(29), p. 265-276 - [consult. 05/11/2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n29/03.pdf>

36 – FAUSTINO, António - **Desenvolvimento do auto-conceito: o complexo universo dos factores determinantes da imagem corporal.** [em linha] Castelo Branco: Educare, 1998. ano IV (4), p. 61-68. [consult. 15/11/2011]. Disponível em: <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/713/1/Faustino%201998%2861-88%29.pdf>

37 - Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO) - **Prevalência e Monitorização da Obesidade e Controlo do Peso.** [em linha]. Janeiro 2008. - [consult. 10/10/2010]. Disponível em: [http://www.speo-obesidade.pt/Files/DocsPublico/Files/Prevalencia\\_Monitorizacao\\_Obesidade\\_Jan08\\_\(SPEO\).pdf](http://www.speo-obesidade.pt/Files/DocsPublico/Files/Prevalencia_Monitorizacao_Obesidade_Jan08_(SPEO).pdf)

38 - TRAVADO, Luzia [et al] - **Abordagem Psicológica da Obesidade Mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica.** [em linha] Porto: Análise Psicológica (2004). 3 (XXII): p. 533-550. - [consult. 05/12/2010]. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a10.pdf>

39 – CAETANO, Caroline; CARVALHO, Ana Maria Pimenta e GALINDO, *Elizângela Moreira Careta* - **Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade.** [em linha] *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2005. 18(1), p. 39-46 [consult. 12/10/2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24815.pdf>

40 - ALVES, Luciana Correia [et al] - **A influência das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil.** [em linha]. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública: Agosto 2007. 23 (8):p. 1924-1930 - [consult. 05/12/2010]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n8/19.pdf>

41 - RABELO, Dóris Firmino e NERI, Anita Liberalesso - **Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à Incapacidade funcional na velhice.** [em linha] Maringá, , set./dez. 2005. v.10, nº3, p. 403-412. [consult. 10/10/2010].

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a07.pdf>

42 - AZEREDO, Zaida e MATOS, Eduarda - **Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar.** Geriatrics: Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica.1989. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia: ISSN 19 231/87.892.20. p. 24-30

43 - TORRES, Gilson de Vasconcelos - **Funcionalidade familiar de idosos dependentes Residentes em domicílios.** [em linha]: Brasil: Avaliação Psicológica, 2009. 8(3), p. 415-423- [consult. 19/10/2011].Disponível em

<http://www.pepsic.cbvsalud.org/pdf/avp/v8n3/v8n3a13.pdf>

44 - VAZ SERRA, Adriano; ANTUNES, Rui e FIRMINO, Horácio - **Relação entre auto-conceito e expectativas.** Revista de Psiquiatria Clínica. Coimbra. (Abril/Junho1986) Vol. 7 nº 2 p. 67-84

45 - World Health Organization - **Body Mass Index.** [em linha]. 12 Agosto 2008. [Consult. 5/05/2011]. Disponível em

[http://www.URL:http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://www.URL:http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)

46 - BELLO, Raquel Villar - **Escala NYHA (New York Heart Association) Valoración funcional de Insuficiencia Cardíaca.** [em linha]. CHU Juan Canalejo. A Coruña - [consult. 05/04/2011]. Disponível em: <http://www.meiga.info/escalas/NYHA.pdf>

47 - DELGADO, Artur Barata e LIMA, Maria Luísa – **Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos.** Psicologia, Saúde & Doenças. Lisboa. ISSN 1645-0086. Vol.2, nº2 (Novembro 2001), p. 81-100

## **APÊNDICES**

---

**APÊNDICE 1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA**

**APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

**APÊNDICE 3 - CONSENTIMENTO INFORMADO**

**APÊNDICE 4 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

**APÊNDICE 5 - QUADROS ANÁLISE DESCRITIVA**

**APÊNDICE 6 - QUADROS ANÁLISE DESCRITIVA**



## **APÊNDICE 1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA**

**QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA**

**QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO DA VARIÁVEL IDADE**



Quadro 1 - Caracterização sócio-demográfica

	Masculino (N=75)		Feminino (N=21)		Total (N=96)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Idade</b>						
Média	66,40		67,05		66,54	
Desvio Padrão	10,40		11,11		10,51	
<b>Sexo</b>						
	75	78,1	21	21,9	96	100
<b>Estado do Civil</b>						
<i>Solteiro</i>	7	9,3	2	9,5	9	9,4
<i>Casado</i>	59	78,7	13	61,9	72	75
<i>Viúvo</i>	6	8,0	6	28,6	12	12,5
<i>Divorciado</i>	3	4,0	0	0,0	3	3,1
<b>Situação Laboral</b>						
<i>Empregado</i>	29	38,7	7	33,3	36	37,5
<i>Desempregado</i>	1	1,3	1	4,8	2	2,1
<i>Reformado</i>	45	60	13	61,9	85	60,4
<b>Escolaridade</b>						
<i>Sem escolaridade</i>	6	8,0	3	14,3	7	9,4
<i>Ensino Primário</i>	39	52,0	13	61,9	52	54,2
<i>Ensino Preparatório</i>	7	9,3	0	0,0	7	7,3
<i>Ensino Secundário</i>	15	20,0	0	0,0	15	15,6
<i>Ensino Superior</i>	8	10,7	5	23,8	13	13,5
<b>Residência</b>						
<i>Aldeia</i>	38	50,7	13	61,9	51	53,5
<i>Vila</i>	13	17,3	3	14,3	16	16,7
<i>Cidade</i>	24	32,0	5	23,8	29	30,2
<b>Rendimento Mensal</b>						
<i>Inferior a 485€</i>	29	38,7	13	61,9	42	43,8
<i>Entre 856€ a 970€</i>	26	34,7	3	14,3	29	30,2
<i>Entre 971€ a 1455€</i>	14	18,7	2	9,5	16	16,7
<i>Superior a 1456€</i>	6	8,0	3	14,3	9	9,4
<b>Situação Financeira</b>						
<i>Confortável</i>	11	14,7	3	14,3	14	14,6
<i>Tenho algumas dificuldades</i>	30	40,0	5	23,8	35	36,5
<i>Tenho o suficiente para as necessidades</i>	29	38,7	10	47,6	39	40,6
<i>É muito problemática</i>	5	6,7	3	14,3	8	8,3

Quadro 2 - Caracterização da variável idade

Idade	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Simetria Skewness/error	Curtose Kurtosis/error	Levene's Test	t-Test	p
<b>Masculino</b>	75	41	86	66,40	10,40	15,67	-1,131	-1,015			
<b>Feminino</b>	21	46	82	67,05	11,11	16,57	-0,828	-1,223	0,397	-0,248	0,804
<b>Total</b>	96	41	86	66,54	10,51	15,79	-1,33	-1,49			



## **APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

---

### **QUESTIONÁRIO**





Instituto Politécnico de Viseu  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO  
*Unidade Científico Pedagógico - Enfermagem Médico-Cirúrgica*

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

## QUESTIONÁRIO

A estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a desenvolver um trabalho sobre *Adesão Terapêutica e Auto-conceito do Indivíduo com Doença Coronária*. Como tal solicitamos a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Assim sendo:

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

Gratos pela sua colaboração e disponibilidade prestada.

### VARIAVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS

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

2 - **Sexo:**  Masculino  
 Feminino

3 - **Estado Civil:**  Solteiro  
 Casado  
 Viúvo  
 Divorciado

4 - **Actualmente que é a sua Situação laboral:**  Empregado  
 Desempregado  
 Reformado

5 - **Escolaridade:**  Sem escolaridade  
 Ensino primário  
 Ensino preparatório  
 Ensino secundário  
 Ensino superior

6 - **Residência:**  Aldeia  
 Vila  
 Cidade

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

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

### VARIAVEIS DE CLÍNICAS

1 - **Medidas antropométricas:** *Peso* \_\_\_\_\_ Kg      *Altura* \_\_\_\_\_ cm      *Índice de Massa Corporal* \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>

2 - **Responda de acordo com a sua limitação física** (selecione apenas uma afirmação)

- Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras
- Limitação física para actividades quotidianas (andar rápido, subir escadas, carregar compras)
- Acentuada limitação física para actividades simples (tomar banho, se vestir, higiene pessoal) Confortável somente no repouso
- Severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso

*Classificação Funcional, NYHA*

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

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

**VARIAVEIS RELACIONADAS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**1 - Distância do domicílio ao Hospital /Centro de Saúde \_\_\_\_\_ Km**

**2 - Acessibilidade aos serviços de saúde:**  Transporte Próprio  
 Transporte de Familiares/Vizinhos  
 Transporte Público  
 Táxi

**3 - Tem dificuldade em se deslocar ao local da sua consulta?** Sim  Não

**3.1 - Se sim, qual a dificuldade em se deslocar ao local da consulta:**  A distância é grande para ir a pé  
 Tem afazeres domésticos, casa ou filho  
 Custo financeiro  
 Tenho dificuldade no transporte  
 Necessita de acompanhante  
 Não pode faltar ao trabalho

**4 - Qual é o seu médico assistente?**  Médico de família  
 Médico particular (não cardiologista)  
 Cardiologista

**3 - Qual a periodicidade das consultas (relacionadas com a doença)?**  Anualmente  
 Semestralmente  
 2 a 4 vezes por ano  
 mais do que 4 vezes por ano  
 não costuma ir

**4 - Alguma vez faltou às consultas?**  Nunca  
 Sim, raramente  
 Sim, algumas vezes  
 Sim, muitas vezes

**5 - Actualmente como considera a assistência prestada nas consultas**

	Muito boa	Boa	Regular	Má	Péssima	Não se aplica
Com o médico						
Com o enfermeiro						
Com os assistentes operacionais						
Com Pessoal administrativo						

**VARIAVEIS RELACIONADAS COM A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA**

- 1 - Medicação habitual:**  IECAS     Anti-agregante Plaquetário     Estatinas     β-bloqueador  
 Antihipertensores     Antidiabéticos orais     Antiarrítmicos     Outra.
- 2 - Número total de comprimidos que toma diariamente:** \_\_\_\_\_
- 3 - Há quanto tempo toma essa medicação?** \_\_\_\_\_ (meses)
- 4 - Considera excessivo o número de comprimidos que tem de tomar por dia?**  Sim     são os necessários     Não
- 5 - Tem dificuldade em seguir integralmente as indicações médicas?**  Sim     Não
- 5.1 - Se sim, o que costuma fazer**
- Falar o máximo possível com o profissional de saúde (enfermeiro, médico...)
  - Usar uma caixa especial para transportar os medicamentos
  - Ajustar o tratamento às actividades diárias
  - Mudar para um regime mais simples, por sua iniciativa
  - Juntar-se a um grupo de apoio/ Associação de doentes
  - Pedir ao profissional de saúde (enfermeiro, médico...) que ajuste o regime terapêutico para que se adeque aos seus horários e estilo de vida
  - Pedir sempre ao profissional de saúde (enfermeiro, médico...) um plano escrito do tratamento a seguir (medicamentos a tomar, horários, quantidades, etc.)
  - Alterar, por sua iniciativa, para um regime terapêutico com efeitos secundários que sejam melhor tolerados por si
  - Compensar uma dose em falta na vez seguinte (Duplicar a dose seguinte após não ter tomado uma vez como devia)
- 6 - Quanto costuma gastar mensalmente com a medicação?** \_\_\_\_\_
- 7 - Apresentou algum efeito indesejado com a medicação?**  Sim     Não

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

	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente
1. Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença?					
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da sua medicação?					
3. Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por se ter sentido melhor?					
4. Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
7. Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					

### INVENTÁRIO CLÍNICO DO AUTO-CONCEITO (ICAC) - Adriano Vaz Serra (1986)

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda de forma verdadeira, espontânea e rápida a cada uma delas. Ao dar a sua resposta considere, sobretudo, *a sua maneira de ser habitual* e não o seu estado de espírito de momento. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo aquela que pensa se lhe aplica de forma mais característica.

	<b>Não concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderada/</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo muitíssimo</b>
1. Sei que sou uma pessoa simpática.					
2. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.					
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.					
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.					
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.					
6. Considero-me tolerante para com as pessoas.					
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.					
8. De um modo geral, tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.					
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite por todos.					
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática.					
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.					
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.					
13. Quando me interrogam sobre questões importantes, conto sempre a verdade.					
14. Considero-me competente naquilo que faço.					
15. Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.					
16. A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.					
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.					
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.					
19. Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.					
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.					



## **APÊNDICE 3 - CONSENTIMENTO INFORMADO**

---

### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**





Instituto Politécnico de Viseu  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO  
*Unidade Científico Pedagógico - Enfermagem Médico-Cirúrgica*

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

### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

**Investigador Principal:** António Madureira Dias

**Investigadores Colaboradores:** Ana Catarina Couto Cardoso

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

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

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

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

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

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

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



## **APÊNDICE 4 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

---

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO CENTRO HOSPITALAR TRAS-OS-MONTES E ALTO DOURO



13/06/11 SEG 14:30 FAX 232 420595

S. ADMINISTRAÇÃO

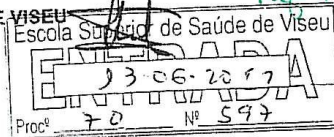
001

Ass. exmos. directores de Cardiologia, Director de C. Externa e  
 chefes de C. Ex. s. para informação.



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
 Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102  
 3500-043 VISEU  
 Telef. 232 419 100  
 Telem. 961 011 800  
 Fax 232 428 343

Exmo. Sr.  
 Presidente do Conselho de Administração do  
**Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE**  
 Av. Rei D. Duarte  
 3504-509 VISEU

*Copra as Prof. Tadeu*  
 13.06.2011

*13/04/11 Prof. Duarte*  
**Autorizado**  
 13/06/11

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº 453	Data: 08/04/2011
Processo: 70	

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar-se de um assunto.

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Adesão Terapêutica do Doente com Cardiopatia Isquémica". Trata-se de um estudo de enorme relevância para o levantamento das reais necessidades dos referidos doentes. Segue uma vertente descritiva e exploratória e tem como objectivos:

- Determinar o perfil sócio-demográfico de doentes com coronariopatia isquémica;
- Determinar a prevalência da adesão ao tratamento de doentes com coronariopatia isquémica;
- Identificar factores determinantes na adesão ao tratamento de doentes com coronariopatia isquémica;

Quanto à população-alvo do estudo, esta é constituída por doente com Cardiopatia Isquémica (Consulta Externa de Cardiologia) no Hospital de São Teotónio de Viseu.

Será pedida a colaboração aos doentes a incluir no estudo, após a apresentação da finalidade do mesmo, e, garantida a confidencialidade e anonimato das declarações, sendo aplicado pelos estudantes do referido curso. Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação durante os meses de **Abril, Maio e Junho** de 2011.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição. Mais informamos que o Professor António Madureira Dias é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção dispensada, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

AM/NC

824 Arco

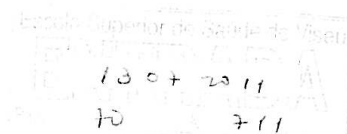
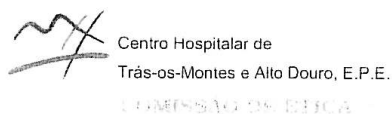
13.04.2011 ✓

24/05/2011 ✓

13/06/2011 ✓

O Presidente da ESSH  
  
 Professor Doutor João Carvalho Duarte  
 (Prof. Coordenador)





*Prof. Haduiza*

Exm<sup>o</sup>(<sup>a</sup>) Senhor(<sup>a</sup>)  
Prof. Dr. João Carvalho Duarte  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102  
3500-843 Viseu

**ASSUNTO:** Estudo de investigação

Após parecer emitido pela Comissão Ética em 08/06/2011, o Conselho de Administração em 28/06/2011, decidiu autorizar depois de completo o processo, o pedido da Escola Superior de Saúde de Viseu, para desenvolvimento de um estudo de investigação com o tema - "Adesão Terapêutica do Doente com Cardiopatia Isquémica".

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 5 de Julho de 2011

*Carlos Vaz*

14.07.2011

O Presidente do  
Conselho de Administração

*Carlos Vaz*

Carlos Vaz

/HV



## **APÊNDICE 5 - QUADROS ANÁLISE DESCRITIVA**

---

**QUADRO 3** - CARACTERIZAÇÃO IMC

**QUADRO 4** - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA (IMC Grupos e Limitação Funcional)

**QUADRO 5** - CARACTERIZAÇÃO APGAR FAMILIAR

**QUADRO 6** - CARACTERIZAÇÃO APGAR FAMILIAR (Grupos)

**QUADRO 7** - CARACTERIZAÇÃO DISTÂNCIA

**QUADRO 8** - CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

**QUADRO 9** - CARACTERIZAÇÃO DA VARIÁVEL *QUAL DIFICULDADE?*

**QUADRO 10** - CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS COM A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

**QUADRO 11** - CARACTERIZAÇÃO MEDICAÇÃO HABITUAL

**QUADRO 12** - CARACTERIZAÇÃO Nº DE COMPRIMIDOS

**QUADRO 13** - CARACTERIZAÇÃO TEMPO DE TOMA DE MEDICAÇÃO

**QUADRO 14** - CARACTERIZAÇÃO GASTO MENSAÇ COM A MEDICAÇÃO

**QUADRO 15** - CARACTERIZAÇÃO DA VARIÁVEL *O QUE FAZ?*

**QUADRO 16** - CARACTERIZAÇÃO EFEITOS INDESEJÁVEIS

**QUADRO 17** - CARACTERIZAÇÃO MAT

**QUADRO 18** - CARACTERIZAÇÃO MAT (Grupos)

**QUADRO 19** - CARACTERIZAÇÃO AUTO-CONCEITO



Quadro 3 - Caracterização IMC

IMC (Kg/m)	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Simetria Skewness/error	Curtose Kurtosis/error	Levene's Test	t student	p
Masculino	75	20,6	40,1	28,01	4,24	15,12	4,20	1,44			
Feminino	21	19,8	31,6	24,67	3,05	12,37	1,85	0,84	0,101	3,372	0,001
Total	96	19,8	40,1	27,28	4,23	15,48	4,61	2,16			

Quadro 4 – Caracterização Clínica (IMC Grupos, Limitação funcional)

	Masculino (N=75)		Feminino (N=21)		Total (N=96)	
	N	%	N	%	N	%
<b>IMC</b>						
Magreza	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saudável	15	20	16	76,2	31	32,3
Pré-obesidade	44	58,7	3	14,3	47	49,0
Obesidade moderada	9	12,0	2	9,5	11	11,5
Obesidade clínica	6	8,0	0	0,0	6	6,3
Obesidade mórbida	1	1,3	0	0,0	1	1,0
<b>Classificação funcional (NYHA)</b>						
Sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras	35	46,7	12	57,1	47	49,0
Limitação física para actividades quotidianas	34	45,3	7	33,3	41	42,7
Acentuada limitação física para actividades simples	4	5,3	2	9,5	6	6,3
Severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso	2	2,7	0	0,0	2	2,1

Quadro 5 - Caracterização Apgar Familiar

Apgar Familiar	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Simetria Skewness/error	Curtose Kurtosis/error	Levene's Test	t student	p
Masculino	75	0,00	10,00	7,09	3,46	48,79	-3,566	-0,630			
Feminino	21	3,00	10,00	7,14	2,46	34,37	-0,274	-1,715	0,062	-0,61	0,951
Total	96	0,00	10,00	7,10	3,26	45,83	-3,80	-0,55			

Quadro 6 - Caracterização Apgar Familiar (Grupos)

	Masculino (N=75)		Feminino (N=21)		Total (N=96)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Apgar Familiar (Grupo)</b>						
Família com Disfunção Acentuada	11	14,7	1	4,8	12	12,5
Família Moderadamente Funcional	18	24,0	9	42,9	27	28,1
Família Altamente Funcional	46	61,3	11	52,4	57	59,4

Quadro 7 - Caracterização distância

Distância	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Simetria Skewness/error	Curtose Kurtosis/error	Levene's Test	t student	p
Masculino	75	0	102	17,94	19,84	110,60	7,260	8,920			
Feminino	21	2	100	18,00	21,91	121,73	5,701	10,210	0,885	-0,12	0,99
Total	96	0	102	17,75	20,19	112,48	8,894	11,717			

Quadro 8 – Caracterização das variáveis relacionadas com os serviços de saúde

	Masculino (N=75)		Feminino (N=21)		Total (N=96)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Acessibilidade</b>						
<i>Transporte próprio</i>	52	69,3	10	47,6	62	64,6
<i>Transporte de familiares/vizinhos</i>	11	14,7	8	38,1	19	19,8
<i>Transporte público</i>	7	9,3	3	14,3	10	10,4
<i>Táxi</i>	5	6,7	0	0,0	5	5,2
<b>Dificuldades de acesso</b>						
<i>Sim</i>	25	33,3	11	52,4	36	37,5
<i>Não</i>	50	66,7	10	47,6	60	62,5
<b>Médico Assistente</b>						
<i>Médico de Família</i>	13	17,3	3	14,3	16	16,7
<i>Médico particular (não cardiologista)</i>	3	4,0	4	19,0	7	7,3
<i>Cardiologista</i>	59	78,7	14	66,7	73	76,0
<b>Periodicidade das Consultas</b>						
<i>Anualmente</i>	12	16,0	4	19,0	16	16,7
<i>Semestralmente</i>	40	53,3	11	52,4	51	53,1
<i>2 a 4 vezes por ano</i>	22	29,3	3	14,3	25	26,0
<i>Mais do que 4 vezes por ano</i>	1	1,3	3	14,3	4	4,2
<b>Faltou às consultas?</b>						
<i>Nunca</i>	61	81,3	18	85,7	79	82,3
<i>Sim, raramente</i>	12	16,0	3	14,3	15	15,6
<i>Sim algumas vezes</i>	1	1,3	0	0,0	1	1,0
<i>Sim, muitas vezes</i>	1	1,3	0	0,0	1	1,0
<b>Como considera a assistência prestada...</b>						
<b>Médico</b>						
<i>Muito boa</i>	45	60,0	15	71,4	60	62,5
<i>Boa</i>	27	36,0	6	28,6	33	34,4
<i>Regular</i>	3	4,0	0	0,0	3	3,1
<b>Enfermeiro</b>						
<i>Muito boa</i>	44	58,7	17	81,0	61	63,5
<i>Boa</i>	27	36,0	4	19,0	31	32,3
<i>Razoável</i>	3	4,0	0	0,0	3	3,1
<i>Não se aplica</i>	1	1,3	0	0,0	1	1
<b>Assistente Operacional</b>						
<i>Muito boa</i>	43	57,3	15	71,4	58	60,4
<i>Boa</i>	29	38,7	6	28,6	35	36,5
<i>Razoável</i>	3	4,0	0	0,0	3	3,1
<b>Pessoal Administrativo</b>						
<i>Muito boa</i>	43	57,3	15	71,4	58	60,4
<i>Boa</i>	29	38,7	6	28,6	35	36,5
<i>Razoável</i>	3	4,0	0	0,0	3	3,1

Quadro 9 - Caracterização da variável *qual dificuldade?*

	Masculino (N=25)		Feminino (N=11)		Total (N=36)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Qual dificuldade?</b>						
<i>A distância é grande para ir a pé</i>	2	8,0	1	9,1	4	8,3
<i>Custo financeiro</i>	2	8,0	1	9,1	3	8,3
<i>Tem dificuldade de transporte</i>	11	44,0	6	54,5	17	47,2
<i>Necessita de acompanhamento</i>	8	32,0	3	27,3	11	30,6
<i>Não pode faltar ao trabalho</i>	2	8,0	0	0,0	2	5,6

Quadro 10 - Caracterização medicação habitual

	Masculino (N=75)		Feminino (N=21)		Total (N=96)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Medicação Habitual (domicílio)</b>						
<i>IECAS</i>	23		3		26	27,1
<i>Antiagregante plaquetário</i>	54		15		69	71,9
<i>Estatinas</i>	48		7		55	57,3
<i>B-Boqueador</i>	15		2		17	17,7
<i>Antihipertensores</i>	41		19		51	53,1
<i>Antidiabéticos orais</i>	22		4		26	27,1
<i>Antiarrítmicos</i>	4		1		5	5,2
<i>Outra</i>	56		17		73	76,0

Quadro 11 - Caracterização nº de comprimidos

<b>Nº de comprimidos</b>	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Simetria Skewness/error	Curtose Kurtosis/error	Levene's Test	t student	p
<b>Masculino</b>	75	2	21	7,66	3,84	50,14	4,377	4,002			
<b>Feminino</b>	21	1	13	6,29	2,99	47,50	0,384	0,009	0,43	1,51	0,13
<b>Total</b>	96	1	21	7,36	3,7	50,28	4,682	4,750			

Quadro 12 - Caracterização tempo de toma da medicação

<b>Tempo de toma de medicação</b>	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Simetria Skewness/error	Curtose Kurtosis/error	Levene's Test	t student	p
<b>Masculino</b>	75	2	225	51,01	43,20	84,68	6,063	6,030			
<b>Feminino</b>	21	6	132	48,33	35,45	73,35	1,301	-0,095	0,62	0,26	0,795
<b>Total</b>	96	2	225	50,43	41,46	82,23	6,355	6,306			

Quadro 13 - Caracterização das variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica

	Masculino (N=75)		Feminino (N=21)		Total (N=96)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Considera excessivo o nº de comprimidos?</b>						
<i>Sim</i>	16	21,33	10	47,62	26	27,1
<i>São os necessários</i>	53	70,67	8	38,1	61	63,5
<i>Não</i>	6	8,0	3	14,28	9	9,4
<b>Tem dificuldades em seguir as indicações médicas?</b>						
<i>Sim</i>	7	9,3	2	9,5	9	9,4
<i>Não</i>	68	90,7	19	90,5	87	90,6
<b>Apresentou algum efeito indesejado com a medicação?</b>						
<i>Sim</i>	23	30,7	10	47,62	33	34,4
<i>Não</i>	52	69,3	11	52,4	63	65,6

Quadro 14 - Caracterização da variável o que faz?

	Masculino (N=7)		Feminino (N=2)		Total (N=9)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Se sim, o que faz?</b>						
<i>Falar o máximo possível com o profissional de saúde</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Usar uma caixa especial para transportar os medicamentos</i>	1	14,3	2	100	3	33,3
<i>Ajustar o tratamento às actividades diárias</i>	3	42,9	0	0,0	3	33,3
<i>Mudar para um regime mais simples, por sua iniciativa</i>	1	14,3	0	0,0	1	11,1
<i>Juntar-se a um grupo de apoio/associação de doentes</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Pedir ao profissional de saúde que ajuste o regime terapêutico para que se adeque aos seus horários e estilo de vida</i>	1	14,3	0	0,0	1	11,1
<i>Pedir ao profissional de saúde um plano escrito do tratamento a seguir</i>	1	14,3	0	0,0	1	11,1
<i>Alterar, por sua iniciativa, para um regime terapêutico com efeitos secundários que sejam melhor tolerados</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Compensar uma dose em falta na vez seguinte</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Quadro 15 - Caracterização gasto mensal com a medicação

Gasto com a medicação (mensal)	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de Variação	Simetria Skewness/error	Curtose Kurtosis/error	Levene's Test	t-student	p
<b>Feminino</b>	21	5	150	66,76	42,13	63,10	-0,933	-0,960	0,74	1,00	0,32
<b>Total</b>	96	5	200	75,37	45,25	60,04	3,13	1,24			

Quadro 16 - Caracterização efeitos indesejáveis

	Masculino		Feminino		Total (N=96)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Apresentou efeitos indesejáveis com a medicação?</b>						
<i>Sim</i>						
<i>Não</i>						
<b>Quais?</b>						
<i>Palpitações</i>	1		1		2	2,1
<i>Fraqueza/fadiga</i>	4		4		8	8,3
<i>Naúseas</i>	1		5		6	6,3
<i>Cefaleias</i>	4		1		5	5,2
<i>Outros</i>	60		20		80	83,3

Quadro 17 - Caracterização MAT

MAT	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Simetria Skewness/error	Curtose Kurtosis/error	Levene's Test	t student	p
<b>Masculino</b>	75	24,00	35,00	32,83	2,42	7,38	-6,272	5,394			
<b>Feminino</b>	21	7,00	35,00	30,95	6,82	22,04	-5,293	7,748	0,00	1,99	0,05
<b>Total</b>	96	7	35	32,42	3,87	11,94	-15,545	41,511			

Quadro 18- Caracterização MAT (Grupos)

	Masculino (N=75)		Feminino (N=21)		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Adesão Terapêutica</b>						
<b>Baixa Adesão</b>	13	17,33	5	23,81	18	18,8
<b>Razoável Adesão</b>	29	38,67	7	33,33	36	37,5
<b>Elevada Adesão</b>	33	44,0	9	42,86	42	43,8

Quadro 19 - Caracterização Auto-Conceito

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Simetria Skewness/error	Curtose Kurtosis/error
<b>Auto-Conceito</b>	96	45	96	67,35	8,98	13,34	0,36	0,16
<b>Aceitação/Rejeição Social</b>	96	12	25	18,68	3,07	16,43	0,03	-0,67
<b>Auto-eficácia</b>	96	13	30	21,93	3,24	14,80	-0,27	1,12
<b>Maturidade Psicológica</b>	96	9	20	15,49	2,83	18,26	-1,36	-1,65
<b>Impulsividade/Actividade</b>	96	8	15	11,26	1,57	13,95	-0,65	0,08



## APÊNDICE 6 - QUADROS ANÁLISE INFERENCIAL

QUADRO 20 - TESTE *KOLMOGOROV-SMINORV*

QUADRO 21 - RELAÇÃO ENTRE SEXO E AUTO-CONCEITO

QUADRO 22 - RELAÇÃO ENTRE ESTADO CIVIL E AUTO-CONCEITO

QUADRO 23 - RELAÇÃO ENTRE SITUAÇÃO LABORAL E AUTO-CONCEITO

QUADRO 24 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E AUTO-CONCEITO

QUADRO 25 - RELAÇÃO ENTRE RESIDÊNCIA E AUTO-CONCEITO

QUADRO 26 - RELAÇÃO ENTRE RENDIMENTO E AUTO-CONCEITO

QUADRO 27 - RELAÇÃO ENTRE SITUAÇÃO FINANCEIRA E AUTO-CONCEITO

QUADRO 28 - RELAÇÃO ENTRE APGAR FAMILIAR E AUTO-CONCEITO

QUADRO 29 - RELAÇÃO ENTRE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E AUTO-CONCEITO

QUADRO 30 - RELAÇÃO ENTRE ACESSIBILIDADE E AUTO-CONCEITO

QUADRO 31 - RELAÇÃO ENTRE DIFICULDADE EM SE DESLOCAR E AUTO-CONCEITO

QUADRO 32 - RELAÇÃO ENTRE MÉDICO ASSISTENTE E AUTO-CONCEITO

QUADRO 33 - RELAÇÃO ENTRE OPINIÃO SOBRE O Nº DE COMPRIMIDOS E AUTO-CONCEITO

QUADRO 34 - RELAÇÃO ENTRE DIFICULDADE EM SEGUIR AS INDICAÇÕES MÉDICAS E AUTO-CONCEITO

QUADRO 35 - RELAÇÃO ENTRE EFEITOS INDESEJÁVEIS E AUTO-CONCEITO

QUADRO 36 - CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE IDADE, APGAR FAMILIAR, IMC, Nº COMPRIMIDOS, TEMPO DE TOMA E GASTOS COM A MEDICAÇÃO, DISTÂNCIA E DIMENSÃO ACEITAÇÃO/REJEIÇÃO SOCIAL

QUADRO 37 - REGRESSÃO MÚLTIPLA ENTRE IDADE, APGAR FAMILIAR, IMC, Nº COMPRIMIDOS, TEMPO DE TOMA E GASTOS COM A MEDICAÇÃO, DISTÂNCIA E DIMENSÃO ACEITAÇÃO/REJEIÇÃO SOCIAL

QUADRO 38 - CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE IDADE, APGAR FAMILIAR, IMC, Nº COMPRIMIDOS, TEMPO DE TOMA E GASTOS COM A MEDICAÇÃO, DISTÂNCIA E DIMENSÃO AUTO-EFICÁCIA

QUADRO 39 - REGRESSÃO MÚLTIPLA ENTRE IDADE APGAR FAMILIAR, IMC, Nº COMPRIMIDOS, TEMPO DE TOMA E GASTOS COM A MEDICAÇÃO, DISTÂNCIA E DIMENSÃO AUTO-EFICÁCIA

QUADRO 40 - CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE IDADE APGAR FAMILIAR, IMC, Nº COMPRIMIDOS, TEMPO DE TOMA E GASTOS COM A MEDICAÇÃO, DISTÂNCIA E DIMENSÃO MATURIDADE PSICOLÓGICA

QUADRO 41 - REGRESSÃO MÚLTIPLA ENTRE IDADE APGAR FAMILIAR, IMC, Nº COMPRIMIDOS, TEMPO DE TOMA E GASTOS COM A MEDICAÇÃO, DISTÂNCIA E DIMENSÃO MATURIDADE PSICOLÓGICA

QUADRO 42 - CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE IDADE APGAR FAMILIAR, IMC, Nº COMPRIMIDOS, TEMPO DE TOMA E GASTOS COM A MEDICAÇÃO, DISTÂNCIA E DIMENSÃO IMPULSIVIDADE/ACTIVIDADE

QUADRO 43 - REGRESSÃO MÚLTIPLA ENTRE IDADE APGAR FAMILIAR, IMC, Nº COMPRIMIDOS, TEMPO DE TOMA E GASTOS COM A MEDICAÇÃO, DISTÂNCIA E DIMENSÃO IMPULSIVIDADE/ACTIVIDADE

QUADRO 44 - CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE IDADE APGAR FAMILIAR, IMC, Nº COMPRIMIDOS, TEMPO DE TOMA E GASTOS COM A MEDICAÇÃO, DISTÂNCIA E AUTO-CONCEITO GLOBAL

QUADRO 45 - REGRESSÃO MÚLTIPLA ENTRE IDADE APGAR FAMILIAR, IMC, Nº COMPRIMIDOS, TEMPO DE TOMA E GASTOS COM A MEDICAÇÃO, DISTÂNCIA E AUTO-CONCEITO GLOBAL

QUADRO 46 - CORRELAÇÃO ENTRE MAT E AUTO-CONCEITO

QUADRO 47 - REGRESSÃO MÚLTIPLA ENTRE MAT E AUTO-CONCEITO



Quadro 20 – Teste Kolmogorov-Smirnov

		Kolmogorov-Smirnov	p
1ª Fase	<i>Aceitação/Rejeição Social</i>	0,135	0,000
	<i>Auto-eficácia</i>	0,116	0,003
	<i>Maturidade Psicológica</i>	0,176	0,000
	<i>Impulsividade/Actividade</i>	0,233	0,000
	<b>Valor global Auto-Conceito</b>	0,105	0,011
2ª Fase	<b>Adesão Terapêutica</b>	0,289	0,000

Quadro 21 – Relação entre sexo e auto-conceito

Auto-Conceito	Masculino (N=75)	Feminino (N=21)	Mann-Whitney U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Aceitação/Rejeição Social</i>	49,21	45,98	734,50	0,635
<i>Auto-eficácia</i>	48,97	46,81	752,00	0,751
<i>Maturidade Psicológica</i>	46,80	54,57	660,00	0,254
<i>Impulsividade/ Actividade</i>	49,67	44,31	699,50	0,415
<b>Valor Global</b>	48,15	49,74	761,50	0,817

Quadro 22 – Relação entre estado civil e auto-conceito

Auto-Conceito	Solteiro (N=9)	Casado (N=72)	Viúvo (N=12)	Divorciado (N=3)	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Aceitação/Rejeição Social</i>	47,44	49,10	47,08	42,83	0,206	0,977
<i>Auto-eficácia</i>	45,28	51,26	35,92	42,17	3,481	0,323
<i>Maturidade Psicológica</i>	35,61	46,97	63,58	63,67	6,679	0,083
<i>Impulsividade/ Actividade</i>	46,89	48,85	39,79	79,67	5,434	0,143
<b>Valor Global</b>	44,67	49,00	47,50	52,00	0,257	0,968

X<sup>2</sup>- Kruskal-Wallis

Quadro 23 – Relação entre situação laboral e auto-conceito

Auto-Conceito	Activo (N=36)		Não Activo (N=60)		Levene's Test	t student	p
	Média	dp	Média	dp			
<i>Aceitação/Rejeição Social</i>	18,97	2,69	18,50	3,29	0,082	0,728	0,468
<i>Auto-eficácia</i>	23,39	2,84	21,05	3,18	0,404	3,631	0,000***
<i>Maturidade Psicológica</i>	15,42	2,38	15,53	3,08	0,011	-0,207	0,836
<i>Impulsividade/ Actividade</i>	11,67	1,22	11,02	1,71	0,013	2,165	0,033*
<b>Valo Global</b>	69,44	7,92	66,10	9,41	0,272	1,786	0,077

\*p &lt;0,05

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

dp-desvio padrão

**Quadro 24 – Relação entre escolaridade e auto-conceito**

Auto-Conceito	Sem Escolaridade (N=9)	Ensino Primário (N=52)	Ensino Preparatório (N=7)	Ensino Secundário (N=15)	Ensino Superior (N= 13)	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Aceitação/ Rejeição Social</i>	52,78	46,07	55,21	54,57	44,65	2,014	0,733
<i>Auto-eficácia</i>	39,67	42,02	47,86	63,50	63,58	12,046	0,017*
<i>Maturidade Psicológica</i>	55,83	44,63	55,71	51,80	51,23	2,482	0,648
<i>Impulsividade/ Actividade</i>	48,22	44,24	43,93	67,43	46,35	9,199	0,056
<i>Valor Global</i>	50,06	42,97	51,71	60,90	53,50	5,578	0,233

X<sup>2</sup>- Kruskal-Wallis  
\*p <0,05

**Quadro 25 – Relação entre residência e auto-conceito**

Auto-Conceito	Aldeia (N=51)	Vila (N=16)	Cidade (N=29)	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Aceitação/Rejeição Social</i>	47,79	47,75	50,16	0,150	0,928
<i>Auto-eficácia</i>	47,72	43,53	52,62	1,200	0,549
<i>Maturidade Psicológica</i>	49,11	42,69	50,64	,909	0,635
<i>Impulsividade/ Actividade</i>	48,88	42,59	51,09	1,070	0,586
<i>Valor Global</i>	48,20	44,97	50,98	,495	0,781

X<sup>2</sup>- Kruskal-Wallis

**Quadro 26 – Relação entre rendimento e auto-conceito**

Auto-Conceito	Inferior a 485€ (N=42)	Entre 486€ a 970€ (N=29)	Entre 971€ a 1455€ (N=16)	Superior a 1456€ (N=9)	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Aceitação/ Rejeição Social</i>	50,49	45,41	48,13	49,83	,605	0,895
<i>Auto-eficácia</i>	44,76	47,21	48,88	69,44	5,991	0,112
<i>Maturidade Psicológica</i>	50,42	43,86	44,53	61,56	3,368	0,338
<i>Impulsividade/ Actividade</i>	49,64	44,57	48,34	56,11	1,444	0,695
<i>Valor Global</i>	48,29	44,79	47,91	62,50	2,805	0,423

X<sup>2</sup>- Kruskal-Wallis

Quadro 27 – Relação entre situação financeira e auto-conceito

Auto-Conceito	Confortável (N=14)	Tenho algumas dificuldades (N=35)	Tenho o suficiente para as necessidades (N=39)	É muito problemática (N=8)	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Aceitação/ Rejeição Social</i>	48,89	43,69	52,92	47,31	2,086	0,555
<i>Auto-eficácia</i>	56,71	32,17	63,92	30,38	28,982	0,000***
<i>Maturidade Psicológica</i>	54,39	35,01	58,33	49,25	13,959	0,003**
<i>Impulsividade/ Actividade</i>	49,07	43,74	55,37	34,81	5,830	0,120
<b>Valor Global</b>	53,50	34,76	60,94	39,2	17,681	0,001**

X<sup>2</sup>- Kruskal-Wallis  
 \*\* p< 0,01  
 \*\*\* p<0,00

Quadro 28 – Relação entre apgar familiar e auto-conceito

Auto-Conceito	Família altamente funcional (N=57)	Família moderadamente funcional (N=27)	Família com disfunção acentuada (N=12)	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Aceitação/ Rejeição Social</i>	34,00	45,30	53,07	5,244	0,073
<i>Auto-eficácia</i>	33,88	39,74	55,73	9,951	0,007**
<i>Maturidade Psicológica</i>	46,00	49,67	48,47	,147	0,929
<i>Impulsividade/ Actividade</i>	50,13	45,39	49,63	,516	0,773
<b>Valor Global</b>	36,96	43,57	53,26	4,585	0,101

X<sup>2</sup>- Kruskal-Wallis  
 \*\* p< 0,01

Quadro 29 – Relação entre limitação funcional e auto-conceito

Auto-Conceito	Sem sintomas ou limitações (N=47)	Limitação actividades quotidianas (N=41)	Acentuada limitação actividades simples (N=6)	Severas limitações mesmo em repouso (N=2)	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Aceitação/ Rejeição Social</i>	53,38	40,91	53,33	74,75	6,568	0,087
<i>Auto-eficácia</i>	60,67	37,96	22,83	55,50	20,335	0,000***
<i>Maturidade Psicológica</i>	53,59	42,45	54,08	36,25	4,207	0,240
<i>Impulsividade/ Actividade</i>	54,48	45,27	23,25	50,00	8,368	0,039*
<b>Valor Global</b>	57,60	39,44	37,08	54,75	10,491	0,015*

X<sup>2</sup>- Kruskal-Wallis  
 \* p< 0,05  
 \*\*\* p<0,001

**Quadro 30 – Relação entre acessibilidade e auto-conceito**

Auto-Conceito	Transporte próprio (N=62)	Transporte de familiares/vizinhos (N=19)	Transporte público (N=10)	Táxi (N=5)	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<b>Aceitação/ Rejeição Social</b>	47,67	53,68	46,00	44,10	0,937	0,817
<b>Auto-eficácia</b>	53,15	31,21	52,20	49,10	9,356	0,025*
<b>Maturidade Psicológica</b>	45,30	59,05	44,75	55,60	4,130	0,248
<b>Impulsividade/ Actividade</b>	50,53	45,74	42,30	46,20	1,144	0,766
<b>Valor Global</b>	49,31	46,82	48,45	45,00	0,201	0,977

X<sup>2</sup>- Kruskal-Wallis  
\*p <0,05

**Quadro 31 – Relação entre dificuldade em se deslocar e auto-conceito**

Auto-Conceito	Dificuldade em se deslocar		Mann-Whitney U	p
	Sim (N=36)	Não(N=60)		
	Mean Rank	Mean Rank		
<b>Aceitação/Rejeição Social</b>	46,35	49,79	1002,500	0,554
<b>Auto-eficácia</b>	36,49	55,71	647,500	0,001**
<b>Maturidade Psicológica</b>	45,76	50,14	981,500	0,452
<b>Impulsividade/ Actividade</b>	41,75	52,55	837,000	0,054
<b>Valor Global</b>	41,43	52,74	825,500	0,054

X<sup>2</sup>- Kruskal-Wallis  
\*\*p <0,01

**Quadro 32 – Relação entre médico assistente e auto-conceito**

Auto-Conceito	Médico de família (N=16)	Médico particular não cardiologista (N=7)	Cardiologista (N=73)	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<b>Aceitação/ Rejeição Social</b>	32,25	32,00	53,64	10,595	0,005**
<b>Auto-eficácia</b>	35,47	41,79	52,00	5,131	0,077
<b>Maturidade Psicológica</b>	28,19	45,14	53,27	10,960	0,004**
<b>Impulsividade/ Actividade</b>	36,38	33,36	52,61	7,314	0,026**
<b>Valor Global</b>	29,41	35,79	53,90	11,760	0,003**

X<sup>2</sup>- Kruskal-Wallis  
\*\*p <0,01

Quadro 33 – Relação entre opinião sobre o nº de comprimidos e auto-conceito

Auto-Conceito	São os necessários (N=61)			X <sup>2</sup>	p
	Sim (N=26) Mean Rank	Mean Rank	Não (N=9) Mean Rank		
<b>Aceitação/Rejeição Social</b>	41,44	46,96	79,33	13,137	0,001**
<b>Auto-eficácia</b>	39,98	48,25	74,83	10,625	0,005**
<b>Maturidade Psicológica</b>	49,35	43,62	79,11	13,008	0,001**
<b>Impulsividade/ Actividade</b>	41,67	47,72	73,50	9,686	0,008**
<b>Valor Global</b>	41,38	46,89	80,00	13,452	0,001**

X<sup>2</sup>- Kruskal-Wallis  
\*\* p< 0,01

Quadro 34 – Relação entre dificuldade em seguir as indicações médicas e auto-conceito

Auto-Conceito	Dificuldade em seguir as indicações médicas		Mann-Whitney U	p
	Sim (N=9) Mean Rank	Não (N=87) Mean Rank		
<b>Aceitação/Rejeição Social</b>	41,33	49,24	327,000	0,413
<b>Auto-eficácia</b>	50,56	48,29	373,000	0,815
<b>Maturidade Psicológica</b>	40,28	49,35	317,500	0,348
<b>Impulsividade/ Actividade</b>	39,28	49,45	308,500	0,275
<b>Valor Global</b>	43,56	49,01	347,000	0,575

Quadro 35 – Relação entre efeitos indesejáveis e auto-conceito

Auto-Conceito	Apresentou efeitos indesejáveis		Mann-Whitney U	p
	Sim (N=33) Mean Rank	Não (N=63) Mean Rank		
<b>Aceitação/Rejeição Social</b>	38,94	53,51	724,000	0,014**
<b>Auto-eficácia</b>	44,58	50,56	910,000	0,314
<b>Maturidade Psicológica</b>	42,23	51,79	832,500	0,107
<b>Impulsividade/ Actividade</b>	36,24	54,92	635,000	0,001**
<b>Valor Global</b>	40,15	52,87	764,000	0,033*

\*p< 0,05  
\*\* p< 0,01

**Quadro 36 – Correlação de Pearson entre idade, apgar familiar, IMC, nº de comprimidos, tempo toma de medicação, gastos com a medicação e distância e a dimensão aceitação/rejeição social**

	Correlação de Pearson (r)	p
<i>Idade</i>	-0,015	0,433
<i>Apgar Familiar (Global)</i>	0,216	0,017**
<i>IMC (Global)</i>	0,018	0,433
<b>Aceitação/ Rejeição social</b> <i>Nº de comprimidos</i>	0,345	0,000***
<i>Tempo toma medicação (meses)</i>	-0,039	0,352
<i>Gasto com a medicação (mensal)</i>	-0,104	0,156
<i>Distância</i>	-0,247	0,008**

\*\* p< 0.01  
\*\*\* p<0,001

**Quadro 37 – Regressão múltipla entre idade, apgar familiar, IMC, nº de comprimidos, tempo toma de medicação, gastos com a medicação e distância e a dimensão aceitação/rejeição social**

Variável dependente: aceitação/rejeição social					
R = 0,345 R <sup>2</sup> = 0,119 R <sup>2</sup> Ajustado = 0,110 Erro padrão da estimativa = 2,8961 F = 12,708 p = 0,001					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronização	Teste t Student	p	
(constante)			31,455	0,000	
Nº de comprimidos	-0,286	-0,345	-3,565	0,001	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	Anova (F)	p
Regressão	106,585	1	106,585		
Residual	788,404	94	8,387	12,708	0,001
Total	894,990	95			

**Quadro 38 – Correlação de Pearson entre idade, apgar familiar, IMC, nº de comprimidos, tempo toma de medicação, gastos com a medicação e distância e a dimensão auto-eficácia**

	Correlação de Pearson (r)	p
<i>Idade</i>	-0,273	0,004**
<i>Apgar Familiar (Global)</i>	0,301	0,001**
<i>IMC (Global)</i>	-0,017	0,433
<b>Auto-eficácia</b> <i>Nº de comprimidos</i>	-0,179	0,041*
<i>Tempo toma medicação (meses)</i>	0,143	0,083
<i>Gasto com a medicação (mensal)</i>	-0,287	0,002**
<i>Distância</i>	-0,337	0,000***

\*p<0,05  
\*\* p< 0,01  
\*\*\* p<0,001

**Quadro 39 - Regressão múltipla entre idade, apgar familiar, IMC, nº de comprimidos, tempo toma de medicação, gastos com a medicação e distância e a dimensão auto-eficácia**

Variável dependente: auto-eficácia					
R = 0,491 R <sup>2</sup> = 0,241 R <sup>2</sup> Ajustado = 0,216 Erro padrão da estimativa = 2,8737 F = 9,717 p = 0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente Padronização	Teste t Student	p	
(constante)	24,600		12,086	0,000	
Idade	-0,059	0,029	-2,035	0,045	
Apgar Familiar (Global)	0,295	0,091	3,251	0,002	
Distância	-0,048	0,015	-3,171	0,002	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	Anova (F)	p
Regressão	240,744	3	80,248		
Residual	759,746	92	8,258	9,717	0,000
Total	1000,490	95			

**Quadro 40 – Correlação de Pearson entre idade, apgar familiar, IMC, nº de comprimidos, tempo toma de medicação, gastos com a medicação e distância e a dimensão maturidade psicológica**

	Correlação de Pearson (r)	p
<i>Idade</i>	0,065	0,266
<i>Apgar Familiar (Global)</i>	0,037	0,361
<i>IMC (Global)</i>	0,033	0,375
<b>Maturidade Psicológica</b> <i>Nº de comprimidos</i>	-0,151	0,071
<i>Tempo toma medicação (meses)</i>	0,075	0,233
<i>Gasto com a medicação (mensal)</i>	-0,101	0,163
<i>Distância</i>	-0,305	0,001**

\*\* p< 0.01

**Quadro 41- Regressão múltipla entre idade, apgar familiar, IMC, nº de comprimidos, tempo toma de medicação, gastos com a medicação e distância e a dimensão maturidade psicológica**

Variável dependente: maturidade psicológica					
R = 0,305 R <sup>2</sup> = 0,093 R <sup>2</sup> Ajustado = 0,083 Erro padrão da estimativa = 2,708 F = 9,653 p = 0,003					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronização	Test t Student	p	
(Constante)	16,257		43,661	0,000	
Distância	-0,043	-0,305	-3,107	0,003	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	Anova (F)	p
Regressão	70,776	1	70,776		
Residual	689,213	94	7,332	9,653	0,003
Total	759,990	95			

**Quadro 42 – Correlação de Pearson entre idade, apgar familiar, IMC, nº de comprimidos, tempo toma de medicação, gastos com a medicação e distância e a dimensão impulsividade/atividade**

	Correlação de Pearson (r)	p	
<i>Idade</i>	-0,209	0,021*	
<i>Apgar Familiar (Global)</i>	0,04	0,350	
<i>IMC (Global)</i>	0,000	0,498	
<b>Impulsividade/</b> <b>Actividade</b>	<i>Nº de comprimidos</i>	-0,130	0,103
	<i>Tempo toma medicação (meses)</i>	-0,018	0,433
	<i>Gasto com a medicação (mensal)</i>	-0,243	0,008**
	<i>Distância</i>	-0,390	0,000***

\*p<0,05  
\*\* p< 0,01  
\*\*\* p<0,001

**Quadro 43 - Regressão múltipla entre idade, apgar familiar, IMC, nº de comprimidos, tempo toma de medicação, gastos com a medicação e distância e a dimensão impulsividade/atividade**

Variável dependente: impulsividade/atividade					
R = 0,390 R <sup>2</sup> = 0,152 R <sup>2</sup> Ajustado = 0,143 Erro padrão da estimativa = 1,454 F = 18,876 p = 0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente Padronização	Teste t Student	p	
(Constante)	11,805		59,304	0,000	
Distância	-0,030	-0,390	-4,108	0,000	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	Anova (F)	p
Regressão	35,691	1	35,691		
Residual	198,798	94	2,115	18,876	0,000
Total	234,490	95			

**Quadro 44 – Correlação de Pearson entre idade, apgar familiar, IMC, nº de comprimidos, tempo toma de medicação, gastos com a medicação e distância e o valor global do auto-conceito**

	Correlação de Pearson (r)	p
<i>Idade</i>	-0,120	0,123
<i>Apgar Familiar (Global)</i>	0,201	0,025*
<i>IMC (Global)</i>	-0,253	0,461
<b>Auto-Conceito</b> <i>Nº de comprimidos</i>	-0,253	0,006**
<i>Tempo toma medicação (meses)</i>	-0,065	0,265
<i>Gasto com a medicação (mensal)</i>	-0,214	0,018**
<i>Distância</i>	-0,370	0,000***

\*p<0,05  
 \*\* p< 0.01  
 \*\*\*p<0,001

**Quadro 45 - Regressão múltipla entre idade, apgar familiar, IMC, nº de comprimidos, tempo toma de medicação, gastos com a medicação e distância) e o valor global do auto-conceito**

Variável dependente: auto-conceito global					
R = 0,424 R <sup>2</sup> = 0,180 R <sup>2</sup> Ajustado = 0,162 Erro padrão da estimativa =8,225 F = 10,173 p = 0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronização	Test t Student	p	
(Constante)	66,301		30,833	0,000	
Apgar Familiar (Global)	0,568	0,206	2,190	0,031	
Distância	-0,166	-0,373	-43,971	0,000	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	Anova (F)	p
Regressão	1376,451	2	688,225		
Residual	6291,508	93	67,651	10,173	0,000
Total	7667,958	95			

Quadro 46 – Correlação de Pearson entre MAT e Auto-Conceito

	Correlação de Pearson (r)	p
<b>Auto-Conceito</b>	-0,162	0,057
<i>Aceitação/Rejeição social</i>	-0,151	0,071
<i>Auto-eficácia</i>	-0,155	0,066
<i>Maturidade Psicológica</i>	-0,107	0,149
<i>Impulsividade/ Actividade</i>	-0,118	0,125

Quadro 47 – Regressão múltipla entre MAT e Auto-Conceito

Variável dependente: auto-conceito					
R = 0,180 R <sup>2</sup> = 0,032 R <sup>2</sup> Ajustado = -0,010 Erro padrão da estimativa = 3,890 F = 0,760 p = 0,554					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronização	Teste t Student	p	
(constante)	37,423		11,762	0,000	
Auto-eficácia	0,015	0,013	0,058	0,954	
Maturidade Psicológica	0,218	0,159	0,610	0,543	
Impulsividade/Actividade	0,185	0,075	0,390	0,698	
Valor global do Auto-Conceito	-0,160	-0,372	-0,825	0,412	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	Anova (F)	p
Regressão	46,011	4	11,503	0,760	0,554
Residual	1377,323	91	15,135		
Total	1423,333	95			



## **ANEXOS**

---

**ANEXO 1 - ESCALA DE APGAR FMILIAR**

**ANEXO 2 - ÍNDICE DE MASSA CORPORAL**

**ANEXO 3 - ESCALA DE MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO**

**ANEXO 4 - INVENTÁRIO CLÍNICO DO AUTO-CONCEITO**



## **ANEXO 1**

---

### **ESCALA DE APGAR FAMILIAR**



## ESCALA DE APGAR FAMILIAR

A escala de Apgar Familiar elaborada por Smilkstein (1978, *apud* Azeredo e Matos, 1989) permite avaliar a funcionalidade familiar elucidando sobre a dinâmica familiar e a qualidade da relação do doente com os seus familiares. Ao permitir uma rápida observação do doente com a respectiva família, caracteriza os componentes fundamentais da função familiar em:

- Adaptação intrafamiliar - utilização dos recursos, dentro e fora da família para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;
- Participação/comunicação - partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;
- Crescimento/desenvolvimento - maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;
- Afecto – relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;
- Resolução/dedicação ou decisão - compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. O que implica também, uma decisão na partilha de bens e espaço.<sup>42,p.30</sup>

A Escala de Apgar Familiar é constituída por 5 perguntas que quantificam a percepção que o indivíduo tem do funcionamento da sua família e que têm três possibilidades de resposta (*quase sempre; algumas vezes e quase nunca*) a que correspondem as seguintes pontuações: 2 pontos; 1 ponto; 0 pontos, respectivamente (quadro1). O resultado final obtém-se pela soma da pontuação atribuída a cada uma das perguntas. Desta pontuação global resulta a categorização em três níveis:

- família altamente funcional (7 a 10)
- família moderadamente funcional (4 a 6)
- família com disfunção acentuada (0 a 3)

De acordo com o mesmo autor, apesar da sua validade e credibilidade já terem sido confirmadas, é necessário ter em conta que esta escala somente avalia o grau de satisfação familiar sentido e exprimido pelo sujeito.

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa?	2	1	0
2. Está satisfeito com a forma como a sua família discute assuntos?	2	1	0
3. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?	2	1	0
4. Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?	2	1	0
5. Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?	2	1	0

**Quadro 2 - Escala de Apgar Familiar: Smilkstein (1978)**

Fonte: AZEREDO, Zaida e MATOS, Eduarda - **Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar. Geriatria**. Lisboa. 1989. Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia: ISSN 19 231/87.892, 20 p. 24-30)



## ANEXO 2

---

### ÍNDICE DE MASSA CORPORAL



## ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

Stedman (2003) define IMC como a medida antropométrica da massa corporal. É também um modo de determinar o estado nutricional calórico.<sup>45</sup>

Para a mensuração do IMC procedeu-se à avaliação do peso e da altura e posteriormente fez-se o cálculo aplicando para tal a seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (em kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (em metros)}}$$

Posteriormente foram classificados de acordo com os valores de referência do Índice de Massa Corporal (quadro 1).

IMC	Classificação
<18,5	Magreza
18,5 – 24,9	Saudável
25,0 – 29,9	Pré-obesidade
30,0 – 34,9	Obesidade moderada
35,0 – 39,9	Obesidade clínica
≥ 40,0	Obesidade mórbida

Quadro 48 - Valores de referência do Índice de Massa Corporal (Kg/m<sup>2</sup>)

Fonte: World Health Organization – **Body Mass Index**. [em linha]. 12 Agosto 2008. [Consult. 05/05/2011]. Disponível em: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)



## CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL NYHA

### ANEXO 3

---

### ESCALA DE MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO



## ESCALA DE MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO (MAT) - DELGADO E LIMA (2001)

A ausência de um método válido de medida da adesão constitui a grande dificuldade da investigação nesta área. Delgado e Lima (2001) afirmam que, considerando a diversidade e complexidade dos comportamentos que podem estar em causa quando falamos de adesão, compreende-se a dificuldade em encontrar uma medida de adesão, já que esta depende da doença, do tratamento e da metodologia utilizada para a medir.

Na investigação, para determinar a adesão ao tratamento, foi utilizada a Escala de Medida de Adesão ao Tratamento – (MAT) desenvolvido, adaptado e validado por Delgado e Lima (2001).

A MAT avalia o comportamento de adesão a tratamento em pessoas que seguem tratamentos medicamentosos. É composta por sete questões, dos quais os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky, Green e Levine (1986), o item 7 foi adaptado de Shea et. al (1992) e o item 6, adaptado de Ramalhinho (1994) em que a resposta é dada numa escala ordinal de seis posições.

No estudo de Delgado e Lima (2001) cerca de metade dos entrevistados responderam às questões numa escala dicotómica (*sim=0* ou *não=1*) e os restantes responderam numa escala de Likert de seis pontos, com as suas respectivas pontuações – *sempre* (1), *quase sempre* (2), *com frequência* (3), *às vezes* (4), *raramente* (5) e *nunca* (6). Em ambos os casos, os sete itens foram combinados numa nova variável cujo valor expressa o nível de adesão ao tratamento. No caso da resposta na escala dicotómica, o nível de adesão é o resultado da adição dos valores de cada item. No caso da escala de Likert, o nível de adesão resulta da soma dos valores de cada questão, dividindo-se pelo número total de questões. Os valores obtidos foram convertidos numa escala dicotómica, que foi construída com a finalidade de obter os doentes que apresentaram adesão ou não ao tratamento medicamentoso. Foram considerados como não adesão ao tratamento os valores obtidos de 1 a 4 (referentes às respostas sempre, quase sempre, com frequência e às vezes). Para a adesão ao tratamento, consideraram-se os valores obtidos 5 e 6 (referentes às respostas raramente e nunca). Na conversão da escala dicotómica, para os valores de 1 a 4 (sempre, quase sempre, com frequência e por vezes), foi considerado como não adesão ao tratamento medicamentoso; e, para os valores de 5 e 6 (raramente e nunca), como adesão ao tratamento medicamentoso. Os valores mais elevados do nível de adesão significam maior nível de adesão ao tratamento.

Para quantificarmos a variável adesão à terapêutica utilizamos novamente o grupo extremos. Categorizámos em três categorias a adesão à terapêutica: Baixa Adesão ( $\leq$  Média - 0,25 dp), Razoável Adesão ( $>$  Média - 0,25 dp e  $<$  Média + 0,25dp) e Elevada Adesão ( $\geq$  Média + 0,25 dp).

	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1. Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença?	1	2	3	4	5	6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da sua medicação?	1	2	3	4	5	6
3. Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por se ter sentido melhor?	1	2	3	4	5	6
4. Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	1	2	3	4	5	6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	1	2	3	4	5	6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	1	2	3	4	5	6
7. Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	1	2	3	4	5	6

**Quadro 49 - Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)**

**Fonte:** DELGADO, Artur Barata e LIMA, Maria Luísa – **Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos.** *Psicologia, Saúde & Doenças*. Lisboa. ISSN 1645-0086. Vol.2, nº2 (Novembro 2001), p. 81-100

## **ANEXO 4**

---

### **INVENTÁRIO CLÍNICO DO AUTO-CONCEITO**



## INVENTÁRIO CLÍNICO DO AUTO-CONCEITO (ICAC) - ADRIANO VAZ SERRA (1986)

O ICAC é uma escala unidimensional de tipo Likert, de avaliação dos aspectos emocionais e sociais do auto-conceito, designada para especial aplicação à clínica. É um instrumento de auto-avaliação, que conforme se depreende procura medir a maneira de ser habitual do indivíduo e não o estado em que transitoriamente se encontra.

No seu formato original/experimental começou por 75 questões que, na versão final, depois de sujeita metodologia de selecção, ficaram reduzidas a 20 questões. O coeficiente de Spearman-Brown foi de 0,791 para uma amostra de 920 elementos e com uma correlação teste/reteste de 0.838 (N=108), quando aplicado com um intervalo mínimo de 4 semanas, o que revela, na sua globalidade, uma boa consistência interna e estabilidade temporal. Os resultados obtidos estão em consonância com o que está referido na literatura e confirmam que o Inventário Clínico de Auto-Conceito é um instrumento válido, sensível ao bom ou mau ajustamento do indivíduo.

Uma análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação de tipo varimax com os 20 itens da escala (N = 920 indivíduos) revelou 6 factores subjacentes com raízes latentes iguais ou superiores a um, que explicam 53.42 % da percentagem cumulativa da variância total. O primeiro (Factor 1), designado por aceitação/rejeição social, explica 20,12 % da variância relaciona-se essencialmente o significado que o sujeito pode ter para os outros. Para ele contribuem especialmente os itens 1(Simpático), 4(Falador), 9(Aceitável), 10(Pragmático), 16(Bem-estar) e 17(Agradável). O segundo factor (Factor 2), explicando 9,01 % da variância, foi designado de auto-eficácia. Engloba a competência sentida em relação a diferentes situações: resolver problemas e dificuldades, não desistir nas tarefas, rapidez de execução, enfrentar os problemas, persistência na resolução das dificuldades, não dependência dos outros e existência de energia para ultrapassar as dificuldades. Contribuem de modo mais significativo para este factor os itens: 3(não desistente), 5(rápido), 8(enfrentador), 11(persistente), 18(não-dependente) e 20(enérgico). O factor 3, designado maturidade psicológica, é apresentado como indicando um grande sentido de responsabilidade, tolerância, franqueza na expressão dos sentimentos e gosto pela verdade que contém quatro itens (2+6+7+13) e o factor 4 formado pelas questões 10 (pragmático), 15 e 19 relaciona-se com a impulsividade/actividade. Os outros dois factores (factor 5 e 6) com um item isolado de peso alto e outro item de peso menor já representados noutros factores (12+14) e dado o seu carácter misto não lhes foram atribuídos qualquer denominação particular e denominam-se factores mistos. Os dois primeiros têm sido considerados como os mais relevantes, com características bem definidas e os mais frequentemente utilizados em investigação.

O ICAC é constituído por 20 questões estando incluídos itens elaborados no sentido positivo e num sentido negativo, cada uma das quais pode ser respondida em 5 categorias classificativas: *não concordo*, *concordo pouco*, *concordo moderadamente*, *concordo muito* e *concordo muitíssimo*. De um modo geral a escala está construída para que as pontuações vão subindo da esquerda para a direita, mas, nas questões elaboradas de forma negativa as pontuações são revertidas, obtendo-se no final a soma total dos itens. O valor global pode oscilar de um mínimo de 20 a um máximo de 100 (quadro 2). Quanto mais elevada é a pontuação obtida com a soma das 20 questões melhor é o auto-conceito do indivíduo.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderada/	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1-Sei que sou uma pessoa simpática.	1	2	3	4	5
2-Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.	1	2	3	4	5
3-Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	5	4	3	2	1
4-No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	1	2	3	4	5
5-Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	1	2	3	4	5
6-Considero-me tolerante para com as pessoas.	1	2	3	4	5
7-Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	1	2	3	4	5
8-De um modo geral, tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	1	2	3	4	5
9-Sou uma pessoa usualmente bem aceite por todos.	1	2	3	4	5
10-Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática.	1	2	3	4	5
11-Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	1	2	3	4	5
12-Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	5	4	3	2	1
13-Quando me interrogam sobre questões importantes, conto sempre a verdade.	1	2	3	4	5
14-Considero-me competente naquilo que faço.	1	2	3	4	5
15-Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.	1	2	3	4	5
16-A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	1	2	3	4	5
17-Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	1	2	3	4	5
18-Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	5	4	3	2	1
19-Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	1	2	3	4	5
20-Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	1	2	3	4	5

Quadro 50 - Inventário Clínico do Auto-Conceito de Adriano Vaz Serra (1986)

Fonte: VAZ SERRA, Adriano – O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Coimbra. vol 7 nº 2 (Abril/Junho1986) p. 67-84