



## **AGRADECIMENTOS**

Um especial agradecimento ao orientador, o Prof. António Madureira, pelo seu indispensável auxílio para a concretização deste estudo e a todos os que de alguma forma contribuíram para que tal fosse possível.





## RESUMO

**Título:** Estratégias de *Coping* (EC) e Adesão ao tratamento farmacológico (ATF) na Doença Coronária Isquémica (DCI).

**Introdução:** A DCI constitui a segunda causa de morte em Portugal. A não adesão ao tratamento é considerada uma das principais razões para a obtenção de resultados clínicos insatisfatórios. Torna-se pertinente estudar factores que possam influenciar a adesão, nomeadamente o *Coping*, no sentido de a melhorar.

**Objectivos:** Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde do doente com DCI; Relacionar as variáveis: sociodemográficas, *Stress* e Esquema terapêutico complicado com as EC; Relacionar as EC com a ATF.

**Metodologia:** Estudo não-experimental, quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, desenvolvido no Centro Hospitalar Cova da Beira. Amostra probabilística por acessibilidade, constituída por 110 indivíduos (68,2% homens, 31,8% mulheres; idade média=66,3 anos, dp=9,78 anos) com diagnóstico de DCI. Questionário que inclui questões para caracterização *sociodemográfica* e de saúde; Versão portuguesa do Teste de Medida de Adesão aos Tratamentos e do Questionário *Brief COPE*.

**Resultados:** As variáveis analisadas influenciam a adopção de várias EC ( $p < 0,05$ ). Não foi determinada uma correlação estatisticamente significativa entre as EC e a ATF nos doentes com DCI ( $p\text{-value} > 0,050$ ).

**Conclusão:** Existe relação entre as variáveis Sociodemográficas, *Stress* e Esquema terapêutico complicado dos doentes com DCI e as EC adoptadas. Contrariamente à bibliografia, não foi comprovado a existência de uma relação entre as EC e a ATF em doentes com DCI. Assim, o modelo em estudo não é explicativo e não tem valor preditivo.

**Palavras-chave:** Doença Coronária Isquémica; Estratégias de *Coping*; Adesão ao Tratamento Farmacológico.



## ABSTRAT

**Title:** Coping Strategies (CS) and Adherence to Pharmacological Treatment (APT) in Ischemic coronary disease (ICD).

**Introduction:** ICD is the second leading cause of death in Portugal. Non-adherence to treatment is considered one of the main reasons for obtaining unsatisfactory clinical results. It becomes pertinent to study factors that may influence the adherence, including the coping, in order to improve it.

**Objectives:** To describe the health and sociodemographic profile, in patients with IHD. To relate variables such as: sociodemographic; Stress and complicated treatment scheme with CS; to relate the CS with APT.

**Methodology:** This is a non-experimental, quantitative, cross-sectional descriptive and correlational study, developed at Centro Hospitalar Cova da Beira. A probabilistic sample by accessibility consisting of 110 individuals (68.2% men, 31.8% women, average age = 66.3 years, sd = 9.78 years) diagnosed with DCI. With a questionnaire that includes questions for sociodemographic and health characterization; Portuguese version of the MAT Test and the *Brief COPE* Questionnaire.

**Results:** The analyzed variables influence the adoption of several CS ( $p < 0.05$ ). It was not established a statistically significant correlation between CS and APT in patients with ICD ( $p\text{-value} > 0.050$ ).

**Conclusion:** There is a relationship between the sociodemographic variables, Stress and Complicated Treatment Scheme in Patients with ICD and CS Adopted. On the contrary to the bibliography, it has not been confirmed the existence of a relationship between CS and APT in patients with ICD. Thus, the model under study is not explanatory and has not a predictive value.

**Keywords:** Ischemic Coronary Disease; Coping Strategies; Adherence to Pharmacological Treatment.



## ÍNDICE

<b>1 - INTRODUÇÃO</b> .....	<b>21</b>
<b>2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>25</b>
2.1 - ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO .....	25
2.1.1 - Conceitos de adesão e não adesão .....	26
2.1.2 - Factores que influenciam e predizem a adesão.....	27
2.1.3 - Avaliação da adesão ao tratamento farmacológico.....	29
2.1.4 - Intervenções para melhorar a adesão .....	30
2.1.5 - Adesão ao tratamento farmacológico no indivíduo com DCI .....	32
2.2 - ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> .....	34
2.2.1 - Factores que influenciam as Estratégias de <i>Coping</i> .....	36
2.2.2 - Estratégias de <i>Coping</i> como preditores da adesão.....	36
<b>3 - METODOLOGIA</b> .....	<b>39</b>
3.1 – PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO .....	39
3.2 - TIPO DE ESTUDO E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....	40
3.3 - PARTICIPANTES.....	41
3.4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DOS DADOS.....	42
3.5 - PROCEDIMENTOS.....	43
3.6 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	44
<b>4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS</b> .....	<b>47</b>
4.1 - ANÁLISE DESCRITIVA.....	47
4.2 - ANÁLISE INFERENCIAL.....	55
<b>5 - DISCUSSÃO</b> .....	<b>65</b>
5.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA .....	65
5.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	66

<b>6 - CONCLUSÕES .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE I – Caracterização Sociodemográfica da amostra.....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE II - Questionário .....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE III – Conceptualização e Operacionlização das variáveis .....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICE IV – Autorizações.....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE V: Análise Descritiva. ....</b>	<b>115</b>
<b>APÊNDICE VI – Análise Inferencial.....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO I – Caracterização Psicométrica das escalas .....</b>	<b>135</b>
<b>ANEXO II - Pedido de autorização à instituição hospitalar. ....</b>	<b>139</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

	<b>Pág.</b>
Quadro 1 - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis Sociodemográficas. ....	94
Quadro 2 – Operacionalização do Índice de Bebidas alcoólicas. ....	101
Quadro 3 – Operacionalização do Índice de Consumo de Tabaco.....	102
Quadro 4 – Operacionalização do Índice de Exercício Físico. ....	102
Quadro 5 – Operacionalização da Frequência de Refeições diárias.....	103
Quadro 6 – Operacionalização da Frequência de Consumo de alimentos.....	104
Quadro 7 – Classificação de Estilos de vida. ....	105
Quadro 8 – Classificação do IMC.....	105
Quadro 9 – Características de acordo com as variáveis de estilos de vida.....	115
.Quadro 10 - Caracterização de acordo com as variáveis relacionadas com os SS.....	116
Quadro 11 - Caracterização relacionada com as variáveis clínicas.....	118
Quadro 12 - Caracterização das variáveis relacionadas com a medicação.....	119
Quadro 13 - Classificação da ATF de acordo com a MAT. ....	121
Quadro 14 - Regressão linear entre a variável EC e MAT .....	132
Quadro 15 – Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). ....	136
Quadro 16 - Questionário <i>Brief COPE</i> . ....	138



## ÍNDICE DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
Tabela 1 – Estática da amostra de acordo com a Idade. ....	93
Tabela 2 - Caracterização do valor total dos estilos de vida da amostra. ....	115
Tabela 3 – Estatística da distância do domicílio ao local de consulta.....	116
Tabela 4 - Caracterização do IMC da amostra.....	118
Tabela 5 - Estatística da variável do número total de comprimidos que toma por dia. ....	119
Tabela 6 - Caracterização de acordo com a MAT.....	121
Tabela 7 - EC adoptadas pelos doentes com DCI de acordo com o <i>Brief COPE</i> .....	121
Tabela 8 - Teste <i>Kruskal Wallis</i> : Associação da variável Grupos etários e as EC.....	123
Tabela 9 - Teste <i>Post Hoc – Tukey</i> : Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Grupos etários e EC. ....	123
Tabela 10 - Teste <i>ANOVA – EC</i> com diferenças estatisticamente significativas e Grupos Etários. ....	124
Tabela 11 - Teste <i>U-Mann-Whitney</i> : Relação entre Sexo e as EC.....	124
Tabela 12 - Teste <i>U-Mann-Whitney</i> : Relação entre a variável Estado Matrimonial e EC. ...	125
Tabela 13 - Teste <i>Kruskal Wallis – Associação</i> entre as Habilitações Literárias e as EC...	126
Tabela 14 - Teste <i>Post Hoc – Tukey</i> : Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Habilitações Literárias e EC.....	126
Tabela 15 - Teste <i>ANOVA - EC</i> com diferenças estatisticamente significativas e Habilitações Literárias.....	127
Tabela 16 - Teste <i>U-Mann-Whitney</i> : Relação entre a variável Meio de residência e EC....	127
Tabela 17 - Teste <i>U-Mann-Whitney</i> : Relação entre a variável Actividade Laboral e EC. ...	128
Tabela 18 - Teste <i>U-Mann-Whitney</i> : Relação entre a variável Rendimento e EC. ....	128
Tabela 19 - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> : Relação entre a Coabitação e as EC. ....	129

Tabela 20 - Teste *Tukey*: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre a variável Coabitação e EC..... 129

Tabela 21 - Teste *ANOVA* - EC com diferenças estatisticamente significativas e Coabitação. .... 130

Tabela 22 - Teste *t-Student*: Associação entre o Stress e as EC..... 130

Tabela 23 - Teste *U-Mann-Whitney*: Relação entre a variável Esquema Terapêutico Complicado e EC..... 131

Tabela 24 - Correlação de *Pearson* entre a variável EC e a MAT..... 131



## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1 – Desenho de investigação do estudo.....	41





## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APT – *Adherence to Pharmacological Treatment*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Cf. – Conferir

CHCB-EPE – Centro Hospitalar Cova da Beira – Entidade Pública Empresarial

CITE - Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego

CS - *Coping Strategies*

CV – Coeficiente de Variação

DCI - Doença Coronária Isquémica

DCV - Doenças Cardiovasculares

Dp – Desvio padrão

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

HTA – Hipertensão Arterial

ICD - *Ischemic coronary disease*

IECAS – Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

K-S - *Kolmogorov-Smirnov*

MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos

NYHA - *New York Heart Association*

OE – Ordem dos enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português para os Sistemas de Saúde

Sd. - Standard deviation

SPSS - Statistical Package for Social Science

SS – Serviços de Saúde

UMW – Teste *U-Mann-Whitney*

UNL - Universidade Nova de Lisboa

WHO - *World Health Organization*

## SÍMBOLOS

$R^2$  = Coeficiente de determinação

Kw/erro = Curtose

/ = Divisão

GL = Graus de liberdade

= - Igual

> = Maior

$\geq$  = Maior ou Igual

$\bar{X}$  = Média

< = Menor

$\leq$  = Menor ou Igual

X = Multiplicação

p – Nível de significância

n = Número de observações

% = Percentagem

$X^2$  = *Qui-quadrado* – valor do teste de *Kruskal-Wallis*

Sw/erro = Simetria

+/- = Soma ou Subtração

F = Valor do teste *F One-Way ANOVA*

t = Valor do teste *t-Student*

r = Valor da *Correlação de Pearson*



## 1 - INTRODUÇÃO

As Doenças cardiovasculares (DCV) constituem um dos principais problemas de saúde em todo mundo, representando uma significativa parcela da mortalidade total nos dias de hoje. Segundo dados da WHO (2009), a Doença Coronária Isquémica (DCI) e a Doença Cerebrovascular, no seu conjunto, foram responsáveis por 70% da mortalidade por DCV's e 35% da mortalidade global no ano de 2007 na Europa. No que concerne a Portugal, estas patologias mantêm-se no topo da lista de causas de maior mortalidade, com responsabilidade por cerca de 40% desta (OLIVEIRA, 2010), sendo a DCI, responsável por 23% e considerada a segunda maior causa de morte em 2006 (SANTOS, [et al.], 2009).

Aliada à elevada mortalidade, as DCV pelo seu carácter pluridimensional e pelas dramáticas consequências que directa e negativamente acarretam para o cidadão, sociedade e sistema de saúde, são encaradas como um dos mais significativos problemas de saúde pública que é urgente atenuar (PORTUGAL, 2006a).

Em termos teóricos, a adesão à terapêutica é descrita como o envolvimento activo e voluntário do doente, relativamente a comportamentos dos quais se obtêm resultados terapêuticos (HO; BRYSON e RUMSFELD, 2009). Estima-se que o nível de adesão nos países desenvolvidos não ultrapasse os 50% e nos países subdesenvolvidos seja ainda menor (MAIA, 2008).

A não adesão ao tratamento, reconhecida como um dos graves problemas do sistema de saúde, é encarada como o abandono ou o incorrecto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, que assume capital importância, dado ser uma das principais razões na obtenção de resultados clínicos inferiores aos desejáveis, com severas consequências ao nível da mortalidade e morbilidade (GURWITZ, 2005; LUNELLI [et al.], 2009; OE, 2009). A prevalência da não adesão aos tratamentos é bastante elevada entre os doentes com patologia cardíaca e este comportamento está geralmente associado a desfechos clínicos adversos (HO, BRYSON e RUMSFELD, 2009).

A adesão ao regime terapêutico é reconhecida pelos enfermeiros como um foco de atenção e uma necessidade em cuidados de enfermagem, particularmente relevante no âmbito da gestão das doenças crónicas (MACHADO, 2009).

Bugalho e Carneiro (2004) advogam que são necessárias intervenções para melhorar a adesão terapêutica, de modo a beneficiar o sistema de saúde e

consequentemente contribuir para a melhoria da saúde da população. Neste sentido, uma das possíveis estratégias, poderá ser a implementação de intervenções que fortaleçam as estratégias de *Coping* dos indivíduos. Neste contexto, torna-se necessária a realização de estudos enquadrados nesta temática.

O *Coping* consiste num conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais, em constante mudança, com que uma pessoa procura gerir algumas situações, consideradas de *stress*, para ela e para seu meio. As estratégias de *Coping* (EC) têm vindo a ser consideradas benéficas em situações de doença, uma vez que permitem a manutenção do *stress* em níveis toleráveis, mantêm a auto-estima, assim como, as relações com pessoas significativas, ampliando as perspectivas de recuperação das funções corporais, aumentando a probabilidade de gerar uma situação pessoal valorizada e socialmente aceitável após a recuperação física máxima (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

São vários factores que influenciam o *Coping*, os quais englobam: características sociodemográficas, características de personalidade e características do contexto de *stress* (PAIS RIBEIRO e RODRIGUES, 2004; ESCHENBECK; KOHLMANN; LOHAUS, 2007).

Estudos prévios evidenciaram que as EC utilizadas pelo indivíduo são preditoras da ATF (FAUSTINO e SEIDL (2010); COOKE [et al] (2007, cit por ALDEBOT e WEISMAN DE MAMANI, 2009; SHERBOURNE [et al], 1992, cit por SOUSA, 2003). Contudo, este facto é de certa forma gerador de controvérsia, pois outros estudos referem-se ao *Coping* como elemento que, por si só, não determina a adesão, mas que a influencia apenas por via de capacitar o indivíduo a gerir estados de *stress* e depressão ou ainda, que as EC apesar de contribuírem para gerar comportamentos de adesão, não determinam a não adesão.

A opção pela temática do presente estudo resulta do facto de se constatar, em vários estudos que os níveis da ATF nos doentes crónicos, nomeadamente com DCI, estão longe de serem os ideais e que este facto contribui largamente para o insucesso dos tratamentos de longa duração que estas patologias requerem, com consequente aumento da morbilidade e mortalidade destes doentes. Adicionalmente, em relação ao *Coping*, apesar de descrito por alguns autores como determinante da adesão em diversas situações de doenças crónicas, não foi encontrada evidência da sua análise no contexto da DCI.

Com base neste panorama, o presente estudo tem como principais objectivos: Descrever o perfil sociodemográfico, familiar e de saúde do doente com DCI; Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e familiares, Stress e Percepção de Esquema Terapêutico Complicado dos indivíduos com DCI e as EC; e Relacionar a ATF com as EC.

O presente trabalho encontra-se estruturado em oito capítulos. Após a introdução onde é apresentado o tema em estudo, a justificação da sua pertinência e os objectivos do

mesmo, é efectuado o enquadramento teórico do tema, no qual se abordam os aspectos mais relevantes relacionados com a temática. Em seguida, é descrita a metodologia (conceptualização; objectivos do estudo, tipo de estudo, hipóteses de investigação, participantes, instrumento de recolha de dados, definição conceptual e operacionalização das variáveis, procedimentos éticos, legais e estatísticos) a implementar para a obtenção dos resultados descritos no capítulo seguinte. No capítulo cinco são discutidos e comparados os resultados de acordo com estudos prévios, e de seguida apresentadas as principais conclusões do estudo. Por último, são apresentadas as referências bibliográficas consultadas e os apêndices com informação complementar ao trabalho.



## 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, serão abordados conceitos inerentes a assuntos relacionados com o tema do estudo que se pretende realizar e considerados pertinentes, nomeadamente aspectos à ATF e ao *Coping* como factor determinante do comportamento de adesão ao tratamento. Simultaneamente serão também efectuadas breves abordagens do actual “estado da arte” de cada temática mencionada, no sentido de proporcionar uma perspectiva geral do tema central.

### 2.1 - ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Adesão terapêutica medicamentosa, Adesão ao tratamento farmacológico (ATF) ou adesão à medicação são entendidos como sinónimos, assim como na literatura os termos *adherence* ou *compliance* (HENRIQUES, 2006; VERMEIRE [et al], 2001).

Na actualidade, as reduzidas taxas de adesão aos tratamentos de longo prazo, constituem um dos grandes problemas de saúde no mundo, atendendo à elevada prevalência de doenças crónicas (WHO, 2003) e têm vindo a ocupar um lugar cada vez mais importante nas preocupações dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, bem como, dos doentes e famílias, ao percepcionarem as graves repercussões da não adesão, quer ao nível pessoal, como social e económico. Este fenómeno afecta cerca de 50% dos indivíduos nos países mais desenvolvidos e esta percentagem é ainda maior nos países em desenvolvimento (OE, 2009; MAIA, 2008; BUGALHO e CARNEIRO, 2004), contribuindo significativamente para o aumento de hospitalizações, diminuição da qualidade de vida e conseqüente aumento da morbilidade e mortalidade (MAIA, 2008; HENRIQUES, 2006).

No que concerne ao doente com patologia cardíaca, a prevalência de não adesão é também elevada e está associada a desfechos clínicos adversos, sendo responsável por uma parte significativa da morbilidade e mortalidade nestes doentes (OSTERBERG e BLASCHKE, 2005; HO, BRYSON E RUMSFELD, 2009).

### 2.1.1 - Conceitos de adesão e não adesão

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adesão à terapêutica de longa duração "(...) como o grau de coincidência do comportamento de um indivíduo - toma da medicação, seguimento da dieta ou alterações do estilo de vida - com as recomendações acordadas com os profissionais de saúde (...)" (WHO, 2003; p.4), esta definição é reforçada por vários autores que defendem o papel activo do doente e a importância da existência de concordância deste com os profissionais de saúde (LIMA; SOLER; MEINERS, 2010).

De acordo com a mesma linha de pensamento Delamater (2006 cit por HO, BRYSON e RUMSFELD, 2009) definem adesão à terapêutica como o envolvimento activo e voluntário do doente, relativamente a comportamentos dos quais se obtêm resultados terapêuticos, implicando assim, que uma tomada de decisão por parte do doente e que o tratamento e suas metas sejam estabelecidos por um acordo entre este e o profissional de saúde.

Corroborando a enunciação anterior, Cramer [et al] (2008 cit por HO, BRYSON e RUMSFELD, 2009) refere-se à adesão à medicação prescrita destacando: saber se o doente toma os medicamentos correctamente segundo a prescrição e saber se existe continuidade dessa toma ao longo do tempo de tratamento. Neste contexto, surgem dois comportamentos implícitos na adesão: a qualidade da execução, que se refere aos padrões diários de utilização correcta dos medicamentos durante o tratamento conforme prescrição; e a persistência que se refere à duração do tempo de administração durante o tempo previsto de tratamento (SCHNEIDER [et al], 2009).

O conceito de não adesão terapêutica ocorre então quando se verifica um desvio do comportamento do doente em relação às recomendações do profissional de saúde. Este desvio não se refere apenas à medicação prescrita, mas inclui também o não seguimento das indicações relacionadas com hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis, a não comparecência nas consultas médicas, ou a não realização de exames de diagnóstico (OSTERBERG e BLASCHKE, 2005).

A não adesão terapêutica pode ser considerada como um processo activo, intencional, em que o doente toma conscientemente a opção de não cumprir o regime terapêutico, ou não intencional, no caso de ser devido a descuido ou negligência por parte do doente, não cumprindo assim o tratamento, omitindo doses e horários (HO, BRYSON e RUMSFELD, 2009). Nesta perspectiva, a adesão é vista como uma alternativa, em que o indivíduo tem liberdade de escolha e assume a responsabilidade sobre o seu tratamento. Neste processo de tomada de decisão estão presentes conceitos de concordância,

cooperação e parceria entre doente e profissional de saúde (MACHADO, 2009; LEITE e VASCONCELLOS, 2003; SOUSA, 2003).

Este fenómeno constitui um problema da prática clínica diária (MAIA, 2008) de enorme complexidade, que durante bastante tempo foi negligenciado, mas que actualmente, devido ao seu impacto negativo no sistema de saúde e pelas suas implicações económicas e sociais, tem vindo a ser alvo de uma crescente atenção da comunidade científica, dos profissionais de saúde, de políticos e dirigentes (BUGALHO e CARNEIRO, 2004; LEITE e VASCONCELLOS, 2003; SOUSA [et al.], 2011)

Bugalho e Carneiro (2004) advogam que, a não adesão terapêutica afecta os esforços terapêuticos, diminuindo os benefícios clínicos da medicação e aumentando a utilização desnecessária de meios de diagnóstico e tratamentos. Na perspectiva destes autores, a falta de um controlo efectivo da terapêutica em qualquer doença, leva a custos directos três a quatro vezes superiores aos custos decorrentes de um controlo eficaz e a custos indirectos (por diminuição da produtividade, reforma antecipada e morte) igualmente significativos. De modo que, intervenções para melhorar a adesão terapêutica beneficiam o sistema de saúde e conseqüentemente contribuem para a melhoria da saúde da população.

### **2.1.2 - Factores que influenciam e predizem a adesão.**

A adesão à terapêutica de longa duração constitui um fenómeno dinâmico e multidimensional, que sofre influência variável de cinco grupos de factores que interagem entre si, tais como, factores sociais, económicos e culturais, factores relacionados com os serviços de saúde e os profissionais de saúde, factores relacionados com a doença, com o tratamento e factores intrínsecos ao doente (MACHADO, 2009).

Os factores sociais, económicos e culturais têm sido reconhecidos, de forma consistente, como determinantes sobre o comportamento de adesão. O baixo nível de escolaridade, o baixo rendimento, o desemprego ou a instabilidade no emprego pode condicionar fortemente e de forma nefasta a adesão terapêutica. O custo dos transportes e dos medicamentos, a distância das unidades de saúde e das farmácias e o isolamento social do doente, podem dificultar a aquisição dos medicamentos (CABRAL e SILVA, 2010; MACHADO, 2009; BUGALHO e CARNEIRO, 2004). Factores como “(...) as guerras e a raça, pelas crenças culturais e pelas desigualdades sociais a que por vezes alguns grupos estão sujeitos (...)” (MACHADO, 2009, p. 28), são também são condicionantes da efectividade da adesão. Outros ainda como o meio social, a estrutura familiar, a situação

conjugal e as redes sociais, os estilos de vida podem também influenciar o comportamento de adesão (VERMEIRE [et al], 2001 cit por CABRAL e SILVA, 2010).

Os factores relacionados com a doença dizem respeito à forma como o doente contacta e compreende a sua doença (LIMA; SOLER; MEINERS, 2010). Deste modo, factores como a gravidade da doença e da sua sintomatologia, a incapacidade que gera e a presença de doenças concomitantes são aspectos que influenciam a importância e prioridade que o doente atribui à adesão à medicação (MACHADO, 2009). Neste contexto, a característica de cronicidade da doença, a ausência ou presença reduzida de sintomas, a existência de patologias que alterem a capacidade cognitiva e a evolução da doença condicionam a forma como o indivíduo vive a sua doença e conseqüentemente o seu comportamento de adesão (DUNBAR-JACOB e MORTIMER-STEPHENS, 2001 cit por CABRAL e SILVA, 2010).

No que respeita ao tratamento, o maior risco de não adesão prende-se com aspectos como a duração e complexidade do tratamento (LIMA; SOLER; MEINERS, 2010). Prescrições de vários medicamentos em simultâneo, várias tomas diárias, dosagens elevadas, o tipo de medicamento e forma de administração e desconforto que gera, as experiências negativas com o mesmo medicamento ou similar no passado, também condicionam também a adesão (OSTERBERG e BLASCHKE, 2005).

Os aspectos relacionados com o sistema de saúde, os serviços e profissionais de saúde, influenciam consideravelmente o processo de adesão. Os sistemas de saúde fracamente desenvolvidos, com deficiente distribuição de medicamentos, pouca participação por parte do estado, fraca educação e acompanhamento dos doentes, horários dos serviços de saúde desfasados das necessidades, baixa oferta de consultas e de outros serviços, limitações relativas aos profissionais de saúde (por sobrecarga de trabalho, ausência de incentivos e motivação, fraca formação e treino neste âmbito) constituem barreiras à adesão (CHISHOLM, VOLLENWEIDER e MULLEY, 2000 cit por MACHADO, 2009). A relação entre doente e profissionais de saúde, que envolve aspectos como a confiança que o doente deposita no profissional de saúde, no tratamento e nos cuidados de saúde em geral é cada vez mais valorizada como determinante da adesão (OSTERBERG e BLASCHKE, 2005)

As variáveis sociodemográficas, ou seja, os factores inerentes ao doente, como sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil e classe social, apresentam efeitos diversos sobre a adesão (MACHADO, 2009). Este grupo de factores inerentes ao próprio doente inclui ainda aspectos significativamente relevantes, mas ainda não totalmente percebidos, como recursos psicológicos, conhecimento sobre a doença, a motivação e habilidade para

geri-la, atitudes e crenças pessoais relativas à eficácia do tratamento, percepções e expectativas em relação ao tratamento, a confiança (auto-eficácia), a capacidade em se comprometer no seu tratamento que têm vindo a ser amplamente reconhecidos como preditores do grau de adesão (MACHADO, 2009).

Podem também influenciar a adesão, factores cognitivos e emocionais como o esquecimento, o *stress* psicossocial, a ansiedade, a baixa motivação, o conhecimento inadequado e a falta de habilidade para gerir a doença e o seu tratamento, baixa percepção da necessidade de tratamento e do seu efeito, do risco para a saúde relacionado com a doença, a não-aceitação da doença e descrença no diagnóstico, as crenças negativas sobre o tratamento e as baixas expectativas em relação a este, falta de compreensão das instruções, falta de esperança, medo dos potenciais efeitos adversos, frustração relativamente aos profissionais de saúde, ansiedade gerada pela toma de medicamentos principalmente em tratamentos de complexidade elevada, falta de aceitação ou a baixa frequência das consultas de acompanhamento e sentir-se estigmatizado pela doença, são aspectos que afectam negativamente a adesão (MEINERS, 2005; LIMA; SOLER; MEINERS, 2010).

É de salientar que o factor *stress* foi considerado o melhor preditor da adesão, num estudo realizado por Schönnesson, Ross e Williams (2004) Esta conclusão pode estar relacionadas com o facto de quanto melhor o sujeito se sentir em relação a si próprio, maior será a sua adesão ao tratamento médico. A depressão é também referida por Kronish *et al.* (2006) como factor que contribui para a não adesão terapêutica, bem como, as crenças do doente (SOUSA, 2003).

### **2.1.3 - Avaliação da adesão ao tratamento farmacológico.**

Na generalidade das patologias, a adesão à medicação é traduzida pela utilização dos medicamentos prescritos ou de outros procedimentos, sendo esta considerada positiva quando pelo menos 80% da sua totalidade (considerando o cumprimento do horário, a dosagem e tempo de tratamento estabelecido) é cumprida (OSTERBERG e BLASCHKE, 2005).

Avaliar de forma exacta o comportamento de adesão à medicação é fundamental para o planeamento de tratamentos efectivos, no sentido de melhorar os resultados em saúde. As recomendações, os medicamentos e o estilo de comunicação adoptado para promover o envolvimento do doente no seu tratamento, dependem de uma medição fidedigna e válida do grau de adesão (OMS, 2004).

Actualmente existe uma multiplicidade considerável de métodos, directos e indirectos, de avaliação da adesão à medicação, no entanto, todos apresentam limitações, continuando assim a ser um desafio a avaliação do grau de adesão (TWAGIRUMUKIZA [et al.], 2010; OIGMAN, 2006).

Quanto aos primeiros, procuram confirmar se realmente houve ou não toma do medicamento, no entanto nenhum destes métodos se pode considerar prático. Esta confirmação pode ser conseguida através: da análise biológica (ao sangue ou à urina pesquisando a presença de medicamento ou dos seus metabolitos); da adição de um marcador ou traçador no medicamento ingerido (adição ao medicamento de uma substância inócua que permita um método de análise mais fácil); ou ainda pela observação da ingestão de medicamentos. Em relação aos segundos, os autores referem que, através deles, não se obtém real confirmação sobre a toma da medicação, isto é, não oferece garantia de que, de facto o doente toma a medicação. Estes métodos englobam a narração do próprio doente (através de entrevistas e questionários), a opinião do médico, o diário do paciente, a contagem de comprimidos, os registos das farmácias, a resposta clínica, a monitorização electrónica do número de tomas da medicação - Sistema de Monitorização de Eventos de Medicamentos (MEMS) (TWAGIRUMUKIZA [et. al.], 2010; OIGMAN, 2006).

Ambos fornecem informações úteis, mas tais informações continuam a ser apenas uma estimativa do real comportamento de adesão do doente. Não existe um método único considerado óptimo, portanto, uma estratégia multi-método que combine métodos de auto-avaliação e medidas objectivas razoáveis, é considerada a melhor estratégia para avaliar o comportamento de adesão (ACHAVAL e SUAREZ-ALMAZOR, 2010).

#### **2.1.4 - Intervenções para melhorar a adesão**

A OMS (2004) refere vários estudos que identificaram de forma consciente uma redução significativa dos gastos em saúde e um aumento da efectividade das intervenções de saúde através da realização de intervenções de baixo custo para melhorar a adesão. Na maioria dos casos, estes investimentos são totalmente recuperados por via da poupança em gastos com a saúde e nos outros casos os ganhos em saúde que se obtêm, justificam o investimento. Neste sentido, é necessário que exista um sistema que analise os factores determinantes da adesão, caso contrário a tecnologia biomédica irá falhar da redução a carga das doenças crónicas.

Como já foi referido, a capacidade do doente em acompanhar os planos de tratamento da melhor forma possível é frequentemente comprometida por diversas barreiras

relacionados com diferentes factores, nomeadamente socioeconómicos, da equipa/sistema de saúde, das características da doença e do seu tratamento e relacionados com o próprio doente (MACHADO, 2009; LIMA; SOLER; MEINERS, 2010). Para melhorar a adesão à terapêutica é necessário solucionar os problemas relacionados com cada um destes factores.

Actualmente não existe nenhuma estratégia ou conjunto de estratégias que se tenham revelado eficazes para todos os doentes e situações. Como tal, as intervenções dirigidas a melhorar a adesão deverão ser adaptadas às exigências específicas da doença e do doente. Deste modo, é necessário que o sistema de saúde e os prestadores de cuidados desenvolvam formas de avaliar com precisão a adesão e os factores que a influenciam, e implementem estratégias efectivas destinadas à correcção de cada factor (MEINERS, 2005).

Neste sentido, a OMS (2004) aponta um conjunto vasto de intervenções eficazes destinadas a cada uma das cinco dimensões, que condicionam a adesão:

– Intervenções socioeconómicas: dirigidas às principais barreiras da adesão, nesta dimensão (pobreza, acesso à saúde e medicamentos, o analfabetismo, fracas redes sociais e mecanismos de prestação de serviços de saúde desajustados das crenças culturais sobre doença e tratamento). Assim, visando melhorar a adesão, é necessário um financiamento sustentado, acessibilidade de preços, sistemas fiáveis de distribuição, intervenções sociais, como a educação dos doentes analfabetos, a avaliação das necessidades sociais e da preparação da família, apoio social formal ou informal.

– Intervenções sobre a equipa e sistemas de Saúde: dirigidas às principais barreiras relacionadas com esta dimensão (deficiente conhecimento sobre o tema, défice de ferramentas clínicas, que auxiliem os profissionais de saúde a monitorizar e a intervir nos problemas de adesão, défice de ferramentas comportamentais que permitam aos doentes desenvolver comportamentos saudáveis ou modificar os problemáticos, a deficiente comunicação entre profissionais de saúde e doentes, as falhas de atenção para as doenças crónicas). Neste contexto, a forma de funcionamento dos sistemas e serviços de saúde, os recursos disponíveis e as acessibilidades têm um interesse fundamental. Neste sentido é importante que os sistemas e profissionais de saúde avaliem os níveis de adesão e os factores que a influenciam, conceber e executar acções que influenciem positivamente a sua forma de actuação, ter acesso a formação e treino sobre gestão da adesão, possuir ferramentas de orientação, de avaliação de estratégias para promover a mudança, ferramentas comportamentais para criar e manter hábitos, avaliar a motivação e preparação do doente para o tratamento, fomentar a confiança entre doente e profissional de saúde, adaptar as suas intervenções às necessidades dos doentes e melhorar a capacidade de transmitir informação.

- Intervenções relacionadas com o Tratamento: dirigidas às principais barreiras desta dimensão (o número e dosagem do medicamento, a frequência e efeitos adversos da medicação). Neste contexto, importa reduzir ao mínimo a repercussão dos efeitos adversos, simplificar o tratamento, minimizar o número de medicamentos, reduzir o número de tomas.
- Intervenções relacionadas com a Doença: destinadas às principais barreiras relacionadas com a doença (as exigências específicas da doença, a sintomatologia e limitações que doença implica). Tratar as comorbilidades, proporcionar alívio da sintomatologia, informar sobre os benefícios do tratamento e as complicações da não adesão, podem melhorar a adesão.
- Intervenções relacionadas com o Utente: destinadas às principais barreiras inerentes ao doente (falta de informação, falta de motivação, de auto-estima, de auto-eficácia, falta de apoio na mudança de comportamentos). Intervenções que incidam na melhoria do autocuidado, na educação do doente, na motivação e capacitação do doente para a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais, facilitam os comportamentos de adesão.

Não existindo uma fórmula única de promoção da maximização da adesão aos tratamentos, torna-se indispensável a implementação de planos que visem a educação dos doentes sobre a sua patologia, os benefícios dos tratamentos e as consequências nefastas que podem decorrer dos comportamentos de não adesão aos mesmos. Cabe aos profissionais de saúde e em especial aos enfermeiros, desenvolver planos de gestão do regime terapêutico instituído (tratamento farmacológico e estilos de vida saudáveis), envolvendo activamente, neste processo o doente e família (OE, 2009).

### **2.1.5 - Adesão ao tratamento farmacológico no indivíduo com DCI**

As DCV e especialmente a DCI, representam a causa mais frequente de morte nos países desenvolvidos, respondendo por cerca de 35% da mortalidade global na Europa, no ano de 2007 (WHO, 2009). Em Portugal, a DCI foi considerada a segunda causa de morte em 2006, com responsabilidade por 23% das mortes a nível nacional (SANTOS [et al.], 2009). Estas entidades são doenças crónicas responsáveis por situações geradoras de incapacidade e de diminuição da qualidade de vida, com repercussões importantes ao nível da economia do país pelo incremento que determinam no consumo de serviços de saúde, de dias de internamento, de meios complementares de diagnóstico, de medicamentos e do absentismo laboral (PORTUGAL, 2006a).

Ao nível conceitual, os termos Doença Coronária Isquémica, Cardiopatia Isquémica, Doença Cardíaca Isquémica ou ainda Coronáriopatia Isquémica, referem-se à doença cardíaca cuja origem radica na redução ou obstrução total por lipoproteínas (LDL-colesterol) nas paredes das artérias coronárias, resultante do depósito de placas ateromatosas nas paredes das mesmas, comprometendo a perfusão sanguínea do músculo cardíaco e conseqüentemente, a sua função (PORTUGAL, 2009). Esta designação engloba duas formas de apresentação: o síndrome sem elevação do segmento ST, que inclui a Angina de Peito Instável e o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) sem elevação do segmento ST e o EAM com elevação do segmento ST (MACEDO e ROSA, 2010). A Angina de Peito e o EAM sem elevação do segmento ST (no ECG), fazem parte da mesma categoria, pois possuem uma apresentação e fisiopatologia semelhantes diferindo em termos de gravidade, no que respeita à isquémia e à capacidade de provocar lesão necrótica do miocárdio. O EAM com elevação do segmento ST é provocado pela obstrução da artéria coronária, apresentando tradução electrocardiográfica (MACEDO e ROSA, 2010).

Apesar da percentagem de mortalidade e morbilidade por DCV's, ser bastante elevada a nível mundial, 80% das mortes prematuras atribuídas a estas causas são passíveis de serem evitadas, controlando os factores de risco a elas associados, como o consumo de tabaco, a alimentação inadequada, o *stress* excessivo, a *Diabetes Mellitus*, a obesidade, a hipercolesterolemia, a hipertensão, o sedentarismo (WHO, 2010) e comportamentos de não adesão ao regime terapêutico (SCHNEIDER [et al.], 2009).

A elevada prevalência a nível nacional, dos factores de risco das DCI exige que seja prestada uma atenção especial à sua efectiva prevenção, detecção e correcção, englobando não só as acções que evitam a perda da saúde, como também os cuidados que a promovem. Impõe ainda a

“(…) adopção de medidas integradas e complementares que potenciem, na população portuguesa, a redução dos riscos de contrair estas doenças, a concretização do seu rápido e adequado tratamento e a tomada de medidas de prevenção secundária que reduzam a sua recorrência (...)” (PORTUGAL, 2006a, p.28).

O tratamento da DCI requer a toma de múltiplos fármacos por longos períodos de tempo, de forma a reduzir a morbilidade, a mortalidade e melhorar a sintomatologia. A não adesão à medicação prescrita pode acarretar diversos problemas, nomeadamente o deficiente controlo da pressão arterial, alterações patológicas e sintomatologia ligada ao agravamento da função cardíaca, hospitalização e morte (ALBERT, 2008).

Ho (2008) reforça o facto de que em doentes com patologia coronária, a não adesão a fármacos como beta-bloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e estatinas, aumenta o risco de mortalidade, após EAM e reinternamentos. Embora o

tratamento da DCI tenha evoluído significativamente, este só será efectivo se o doente aderir ao regime terapêutico (ALBERT, 2008).

Actualmente dispõe-se em Portugal de diversos estudos que avaliam a adesão do doente à terapêutica, sendo que a maioria é direccionada para doenças crónicas, como a hipertensão, a diabetes e o HIV/SIDA, entre outros, contudo, não foram encontrados estudos relativos à não adesão, no caso particular dos doentes com DCI.

Neste contexto, um estudo realizado por Santos [et al.] (2010), com uma amostra de 44 doentes com patologia cardíaca, verificaram que mais de metade da amostra total (54,5%) revelaram uma “boa adesão” à terapêutica, sendo que nos doentes com DCI, 58,3% apresentam uma “boa adesão”. De acordo com estes resultados, estes autores defendem a necessidade de se investir, para que os profissionais de saúde possam contribuir ainda mais para melhores ensinamentos aos utentes/família, no intuito da excelência dos cuidados prestados.

Noutro estudo ao nível nacional realizado por Silva (2007, cit por SANTOS [et al.], 2010), em que o principal objectivo foi avaliar as razões que influenciam a adesão à terapêutica instituída e, deste modo, calcular a taxa de adesão à terapêutica, verificou-se que numa amostra 1.000 doentes hipertensos, 85,4% são aderentes ou aderentes parciais e onde apenas 50% dos indivíduos apresentavam os valores da tensão arterial controlada. De igual modo, também constataram que “(...) os homens e os indivíduos casados são mais aderentes, talvez porque têm algum familiar ou cônjuge que lhes lembra da necessidade das tomas (...)” (SILVA, 2007, p.8 cit por SANTOS [et al.], 2010).

## 2.2 - ESTRATÉGIAS DE COPING

Lazarus e Folkman (1984) foram os autores que formularam a definição de *Coping* mais referenciada na literatura científica disponível e apresentam-no como sendo um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que permitem gerir as exigências específicas, internas ou externas, que são percebidas como penosas ou como estando para além dos recursos do indivíduo. É também designado como o conjunto de estratégias a que o indivíduo recorre para se adaptar a circunstâncias adversas sejam elas crónicas ou agudas (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998).

O indivíduo perante um estímulo gerador de *stress*, como por exemplo a doença, desencadeia diversos processos psicológicos. Estes autores sustentam que o indivíduo avalia o acontecimento gerador de *stress*, mediante o seu potencial de ameaça e numa

segunda fase, a sua capacidade percebida de enfrentar essa ameaça, ou seja, os recursos pessoais que pode mobilizar para a acção (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

A maioria dos indivíduos recorrem a todas as EC para enfrentar diversas situações geradoras de *stress*, embora possam preferir umas em detrimento de outras, conforme a situação, a apreciação ou a avaliação que fazem da mesma. Não se pode falar em estratégias melhores ou piores, pois estas dependem de quem as usa, em que circunstâncias são utilizadas e das situações a que os indivíduos se pretendem adaptar. (LAZARUS, 1993, citado por PAIS RIBEIRO, 2004)

As respostas dadas pela pessoa numa situação de stress são divididas duas categorias funcionais: as estratégias focadas na emoção e as estratégias focadas no problema, visando ambas o retorno ao equilíbrio (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

As primeiras são direccionadas para o controlo da resposta emocional do sujeito, face ao estímulo gerador de *stress* e que envolvem mais o pensar do que o agir, não implicando contudo uma atitude passiva, mas sim uma reorganização interna, que muda a sua reacção emocional, objectivando a redução da sensação física de *stress*. Englobam estratégias como a aceitação da doença, pensamento positivo, recursos ao apoio social que podem proporcionar benefícios ao doente ao longo da doença e também esquiva, distanciamento, comparações com outras situações, distração, desvio de atenção e uso de substâncias (drogas, álcool). São utilizadas com maior frequência quando as situações não são modificáveis. As estratégias centradas na emoção podem manifestar-se tanto ao nível físico, como ao nível dos sentimentos, de forma a manter um certo equilíbrio físico e psicológico (LAZARUS e FOLKMAN, 1984; VARELA e LEAL, 2007). As segundas, ocorrem mais frequentemente quando as situações são modificáveis e referem-se ao esforço realizados no sentido de atenuar a situação que originou o *stress*, tentando alterá-la ou eliminá-la. O seu objectivo é modificar o problema causador de tensão, podendo ser dirigido para fonte interna ou externa e incluem estratégias de reestruturação cognitiva (como a redefinição do elemento gerador de *stress*, acções directas sobre o problema, procura de informação, negociações, pedido de ajuda externa para resolver o conflito, entre outras) (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

As EC orientadas para as emoções e para a resolução de problemas surgem geralmente associadas, verificando-se que o *Coping* orientado para as emoções ocorre imediatamente após os acontecimentos e é gradualmente substituído por estratégias que visam a resolução do problema (VARELA e LEAL, 2007).

Mais recentemente, têm sido relatadas várias outras categorias de EC: aproximação e esquiva, foco no problema e foco na emoção, *Coping* de carácter cognitivo e

comportamental, procura de suporte social, uso de práticas religiosas e pensamento fantasioso, *Coping* de controlo primário (resolução do problema, expressão emocional) e secundário (aceitação, distração, reestruturação cognitiva e pensamento positivo), adaptação à fonte de *stress* e esquiva, confronto e afastamento, autocontrolo e aceitação de responsabilidade, busca de informação, relaxamento e meditação, comparação social, entre muitas outras (BLOUNT [et al.], 2007).

Estas estratégias parecem modificar-se ao longo do tempo e de acordo com o contexto. (CARVER [et al.], 1989 cit. por RIBEIRO, 2005) As pessoas podem empregar menos EC, se aprenderem quais as estratégias que melhor resultam numa determinada situação (SANTOS, 2004; VARELA e LEAL, 2007).

### **2.2.1 - Factores que influenciam as Estratégias de *Coping*.**

De acordo com vários autores, o *Coping* possui múltiplas funções que são afectadas por vários factores. Estes factores incluem: características sociodemográficas (tais como educação e nível sócio económico); características de personalidade (incluindo o optimismo, o neuroticismo e a extroversão); e características do contexto de *stress* (incluindo a sua controlabilidade) (PAIS RIBEIRO e RODRIGUES, 2004; ESCHENBECK; KOHLMANN; LOHAUS, 2007). Factores como o género ou a idade também são influências importantes na adopção de EC.

Num estudo de Eschenbeck, Kohlmann e Lohaus (2007), o autor constatou que os diferentes géneros utilizam formas distintas de *Coping* para administrar as mesmas situações de *stress*. Os indivíduos do sexo feminino utilizam mais estratégias focadas na emoção, contrariamente aos homens que utilizam mais estratégias focadas no problema.

### **2.2.2 - Estratégias de *Coping* como preditores da adesão.**

A doença é encarada como uma situação geradora de *stress* que é vivida pelo doente como uma crise (um desequilíbrio na homeostasia do indivíduo). Para enfrentar essa crise, é fundamental que o indivíduo desenvolva formas eficazes de adaptação, ou seja, deve apresentar capacidades de *Coping* (FONSECA, 2004). Por outras palavras, numa situação de doença, um indivíduo, inicialmente, terá de ser capaz de lidar com os aspectos físicos do problema, no entanto, ele terá também de encontrar estratégias, para lidar com a angústia, o desconforto e a impotência, assim como, manter-se adaptado. Neste contexto,

as EC permitirão lidar com a perda de saúde, perda das capacidades físicas e perda de certeza quanto ao futuro, preservando a integridade física e emocional do indivíduo (VARELA e LEAL, 2007). É neste contexto que as EC podem ser encaradas como preditores da ATF, encarando esta última como uma estratégia para solucionar ou atenuar o problema.

Vários estudos anteriores evidenciaram que as EC utilizadas pelo indivíduo são preditores da ATF. Contudo, este facto é de certa forma gerador de controvérsia, pois outros estudos referem-se ao *Coping* como elemento que, só por si, não determina a adesão, mas que a influencia ao capacitar o indivíduo a gerir estados de *stress* e depressão ou ainda, que as EC apesar de contribuírem para gerar comportamentos de adesão, não determinam a não adesão.

Sherbourne [et al] (1992, cit por SOUSA, 2003) concluíram, através de um estudo realizado com diabéticos, hipertensos e doentes cardíacos, que as EC são factores de natureza psicológica determinantes da adesão. Neste estudo, estas estratégias foram o segundo preditor da não adesão.

Cooke [et al] (2007, cit por ALDEBOT e WEISMAN DE MAMANI, 2009) reconhecem a importância de estudar os factores relacionados com a ATF e ressaltam que as EC podem ser consideradas como um desses factores, dado que os indivíduos utilizam-nas como forma de gerir eventos difíceis que ocorrem na sua vida, nos quais se incluem as doenças crónicas.

Faustino e Seidl (2010) referem-se a estudos de dois autores (ENDLER, PARKER e SUMMERFELDT, 1998; FOLKMAN [et al.], 1986) que evidenciam que as EC são mediadores entre eventos geradores de *stress* (como a alteração da saúde física) e a capacidade de adaptação do indivíduo. Segundo o primeiro autor, a avaliação destas estratégias no contexto da adesão decorre de que, comportamentos de adesão podem considerar-se como uma modalidade de *Coping* focada no problema e que como tal, indivíduos que adoptem estratégias de esquiva apresentam frequentemente baixos níveis de adesão.

Em alguns estudos foram relatadas EC que, em condições a longo prazo, podem levar a uma fraca adesão, como é o caso de da negação ou a procura de informação que pode levar a ansiedade (VARELA e LEAL, 2007).

Num estudo transversal com pacientes infectados com HIV-1 e tratados com anti-retrovirais durante dez anos, Fumaz [et al] (2008) não encontrou relação entre o uso de estratégias de *Coping* activas e a adequada adesão ao tratamento, verificada na maior parte dos indivíduos, ao fim dos dez anos.



### 3 - METODOLOGIA

De seguida irão ser descritos e explicados a conceptualização e objectivos do estudo problema, tipo de estudo e desenho de investigação, as questões de investigação e hipóteses elaboradas, os participantes, o instrumento de recolha de dados, as variáveis em estudo, os procedimentos éticos e legais para a consecução do estudo e procedimentos relativos ao tratamento.

#### 3.1 – PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

A opção pela **problemática** do presente estudo – “**As estratégias de Coping têm influência na Adesão ao tratamento farmacológico no indivíduo com DCI?**”, prende-se com a sua importância, ao nível das repercussões dos comportamentos de não adesão, em situações de doenças crónicas, nomeadamente de DCI, ao nível do estado de saúde e qualidade de vida do doente/família (MACHADO, 2009).

As DCV's tornaram-se a doença crónica mais comum em todo o mundo (MACEDO e ROSA, 2010) e que constituem a principal causa de morte em Portugal (40% da mortalidade global), tanto nos homens (29,6%) como, e de forma mais acentuada, nas mulheres (38,9%). (INE, 2010; OLIVEIRA, 2010). De entre as DCV's, a DCI é responsável por 23% da mortalidade, sendo considerada a segunda maior causa de morte em 2006 (SANTOS, [et al.], 2009). Os níveis de adesão ao tratamento farmacológico nos doentes crónicos estão longe de serem os ideais e, de igual modo, nos doentes com patologia cardíaca a prevalência de não adesão aos tratamentos é bastante elevada (HO, BRYSON e RUMSFELD, 2009). É de crucial importância implementar intervenções para maximizar a ATF, de modo a beneficiar o sistema de saúde e conseqüentemente contribuir para a melhoria da saúde da população (BUGALHO e CARNEIRO, 2004). Alguns estudos apontam o *Coping* como determinante da adesão em diversas situações de doenças crónicas. (ALDEBOT e WEISMAN DE MAMANI, 2009). Tais factos justificam a escolha da temática no presente estudo.

Neste contexto, a investigação que se propõe recai sobre os vários factores relacionados com a ATF, de forma a tentar compreendê-los e a contribuir para engrossar a evidência, que permita implementar intervenções, que maximizem a adesão, abordando, de

forma particular, as EC como possíveis factores que influenciam a adesão ao tratamento farmacológico.

Para dar resposta a esta problemática, foram formulados, para o presente estudo, os seguintes **objectivos**:

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde do doente com DCI;
- Relacionar as variáveis: Sociodemográficas, *Stress* e percepção de Esquema terapêutico complexo e as EC;
- Relacionar a ATF com as EC.

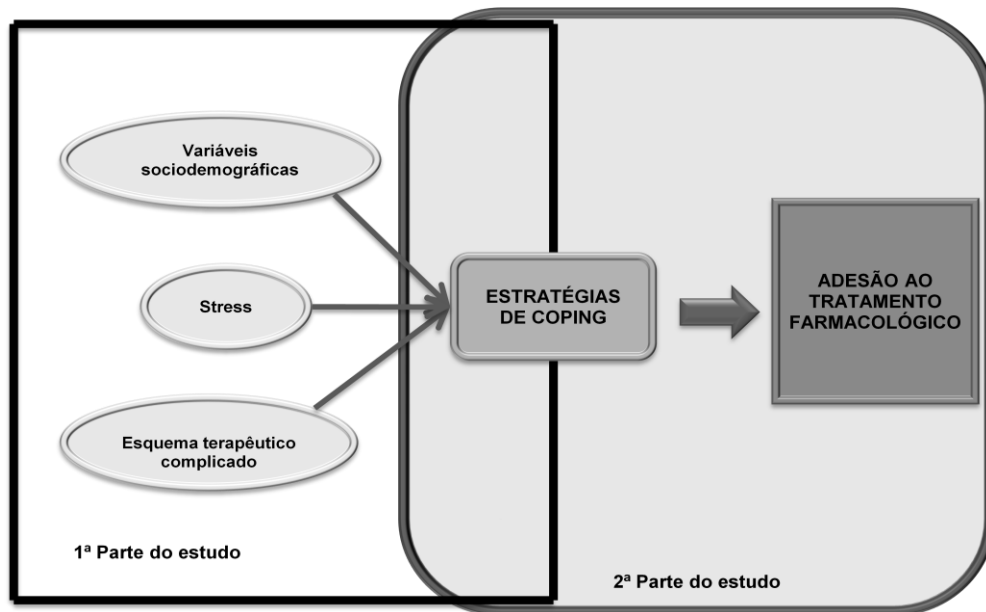
Para responder aos objectivos estabelecidos, o estudo foi organizado em duas fases. Na primeira, pretende-se relacionar as diversas variáveis seleccionadas, com as EC. A segunda visa relacionar as EC com a ATF.

### 3.2 - TIPO DE ESTUDO E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Uma vez levantada a problemática do presente trabalho, torna-se fundamental verificar qual seria o método mais adequado para nos ajudar a atingir os objectivos acima propostos.

Neste contexto, para o desenvolvimento da temática “As estratégias de Coping e a Adesão à terapêutica medicamentosa no doente com DCI”, foi desenvolvido um estudo que se insere na investigação não-experimental, de natureza descritiva e correlacional, quantitativa e transversal, com um único momento de avaliação.

Após a definição do tipo de estudo, é estruturado o desenho de investigação, para a planificação e realização do estudo. O **desenho de investigação** apresentado a seguir expõe as relações entre as diversas variáveis seleccionadas, estabelecidas para este estudo.



**Figura 1 – Desenho de investigação do estudo. Fonte: Elaboração própria.**

Face aos objectivos definidos foram colocadas as seguintes **hipóteses** a verificar:

**H1:** Existe relação entre as variáveis Sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado Marital, Habilitações Literárias, Meio de residência, Situação Laboral, Rendimento e Coabitação) e as EC do doente com DCI.

**H2:** Existe relação entre a variável Stress e Esquema terapêutico complicado e as EC do doente com DCI.

**H3:** As EC predizem a ATF no doente com DCI.

### 3.3 - PARTICIPANTES

Este estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Pêro da Covilhã, localizado na região centro-leste de Portugal. Este Hospital faz parte do CHCB-EPE, cuja área de influência são os concelhos da Covilhã, Belmonte, Fundão e Penamacor.

A **população** deste estudo é constituída por 300 doentes, registados no programa *Sonho* do CHCB-EPE, por ocorrência de episódio de DCI, nos últimos cinco anos. Destes, 181 sujeitos são do sexo masculino e 119 do sexo feminino.

A **amostra** foi não probabilística por acessibilidade, sendo formada por indivíduos portadores de DCI, registados no programa *Sonho* do CHCB-EPE, desde os últimos cinco

anos, em regime de ambulatório, que recorreram à consulta externa do Hospital Pêro da Covilhã, no período de 15 de Maio a 2 de Junho de 2011.

Foram considerados os seguintes **critérios de inclusão**: a) indivíduos com idade superior a 18 anos; b) com diagnóstico médico de DCI; e c) com data relativa ao último episódio de DCI inferior a cinco anos.

Já os **critérios de exclusão** foram: a) doentes institucionalizados; b) doentes com diagnóstico de deficiência mental ou patologia psiquiátrica.

### **Dimensão e Caracterização sociodemográfica da Amostra**

A amostra deste estudo era inicialmente composta por 115 indivíduos, dos quais foram excluídos três, devido ao facto de os formulários não terem sido passíveis de ser totalmente preenchidos e dois por não se terem disponibilizado a assinar o respectivo consentimento. Pelo que, a amostra actual é apenas constituída por 110 sujeitos.

As características sociodemográficas da amostra são explicadas de forma mais aprofundada em apêndice (**APÊNDICE I**) Neste ponto será apenas efectuado uma breve caracterização.

A amostra em estudo é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo masculino (68,2%). A idade média dos homens é de 64 anos (dp=9) e a das mulheres é de 72 (dp=10). Na sua maioria (34,5%) os indivíduos têm idades compreendidas entre os 66-75 anos, têm companheiro (79,1%), possuem apenas o ensino primário (44,5%), residem na cidade (60%) e são reformados (79,1%). Dos indivíduos que exercem actividade laboral (15,5%), a maioria pertence ao grupo de pessoal administrativo e similares (31,3%) e ainda 25% de pessoal não qualificado. A grande maioria dos indivíduos da amostra (50,9%) auferem um rendimento mensal inferior a 485 euros e coabitam com o cônjuge (62,7%).

### **3.4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DOS DADOS**

Relativamente à recolha dos dados do presente trabalho, optou-se pela utilização de um questionário apresentado em apêndice (**APÊNDICE II**) e que engloba quatro componentes. A primeira componente destinada a avaliação das características sociodemográficas dos sujeitos (Idade/Grupos etários, Sexo, Estado Civil/Estado marital, Habilitações Literárias, Residência, Situação Profissional, Profissão/Grupos Profissionais, Rendimento mensal e Coabitação). A segunda, relacionada com um conjunto de

características de saúde, como Estilos de Vida, relacionadas com os Serviços de Saúde (SS), Clínicas e relacionadas com a Medicação. A terceira é destinada à avaliação do nível de adesão aos tratamentos, através da versão portuguesa do Teste de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (DELGADO e LIMA, 2001). Por último, a quarta componente, dirigida à avaliação das EC utilizadas pelos sujeitos da amostra por meio do Questionário *Brief COPE* (PAIS RIBEIRO e RODRIGUES, 2004).

Foi realizado um **pré-teste** a 12 indivíduos, com critérios de selecção da amostra, a fim de forma a verificar a necessidade de alterações na redacção de algumas das questões, no sentido de otimizar a compreensão das mesmas e de simplificar e retirar outras, com intuito de reduzir a dimensão do formulário.

A **conceptualização e operacionalização** das variáveis referentes às características sociodemográficas, aos Estilos de Vida, aos SS, Clínicas e relacionadas com a medicação encontram-se em apêndice (**APÊNDICE III**). A caracterização psicométrica do Teste MAT e do Questionário *Brief COPE* é descrita em anexo (**ANEXO I**).

### 3.5 - PROCEDIMENTOS

Por razões éticas e legais, para a recolha dos dados deste estudo, foram obtidas as devidas autorizações da instituição onde foi levado a cabo esta recolha de informação, por meio de um pedido formal de autorização dirigido ao Conselho de Administração da instituição e respectiva Comissão de Ética (**ANEXO II**).

Também foi obtido formalmente o consentimento livre e informado de todos os sujeitos da amostra indicando claramente que a participação no estudo foi estritamente voluntária e garantido o anonimato e confidencialidade das informações obtidas, acautelando ao mesmo tempo os princípios básicos da “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial. (**APÊNDICE IV a**).

Relativamente à utilização das Escala Medida de Adesão aos Tratamentos e do Questionário *Brief COPE*, também foram obtidas as autorizações dos respectivos autores (**APÊNDICE IV b**).

### 3.6 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Após a recolha dos dados, a informação foi submetida a tratamento estatístico, com recurso ao programa *Statistical Package for Social Science* 19,0 (SPSS). Este processo envolveu a análise descritiva e inferencial dos dados.

Na primeira, foram calculadas as frequências absolutas e percentuais, algumas das medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação), simetria e achatamento (curtose/erro), das variáveis em estudo.

Para análise dos coeficientes de variação (CV) foram utilizados os intervalos:  $CV \leq 15\%$  – Dispersão fraca;  $15\% < CV \leq 30\%$  – Dispersão média;  $CV > 30\%$  – Dispersão elevada (PESTANA e GAJEIRO, 2008). A análise da simetria e a curtose efectuada estriba-se nas seguintes condições: Skewness/error ( $Sw/erro$ )  $\leq -1.96$  – assimétrica negativa ou enviesada à direita;  $-1.96 < Sw/erro \leq 1.96$  – simétrica;  $Sw/erro > 1.96$  – assimétrica positiva ou enviesada à esquerda” e Kurtosis/error ( $Kw/erro$ )  $\leq -1.96$  – platicúrtica;  $-1.96 < Kw/erro \leq 1.96$  – mesocúrtica;  $Kw/erro > 1.96$  – leptocúrtica (PESTANA e GAJEIRO, 2008).

A variável EC e a variável ATF foram avaliadas por meio das escalas já referidas, *Brief COPE* e MAT, respectivamente. Para estas duas variáveis e ainda, para a variável Estilos de Vida (global), foram criados grupos através do “Método de Grupos Extremos Revisto”, que preconiza a fórmula,  $[M \pm 0,25 \times desvio\ padrão]$  (PESTANA e GAJEIRO, 2008: 114)

Quanto à análise inferencial, mesmo não se verificando a condição de normalidade (através da aplicação do teste não paramétrico de aderência à normal *Kolmogorov-Smirnov* - K-S), sempre que plausível, tentou-se privilegiar a utilização de testes paramétricos, pois ainda que a distribuição da amostra, não tenha características de curva *gaussiana*, os estes testes são bastante robustos, não sendo a normalidade uma restrição, desde que o  $N$  dentro de cada grupo seja superior a 30 e a distribuição não seja muito diferente da normal (PESTANA e GAGEIRO, 2008; MAROCO, 200). O mesmo acontece para a condição de homocedasticidade (verificada através da aplicação do Teste de *Levene*). Mesmo que esta não se verifique, os testes não paramétricos são bastante robustos a violações desta condição desde que os grupos apresentem uma dimensão semelhante, isto é, o “(...) quociente entre a maior dimensão e a menor (...)” é “(...) superior a 1,5 (...)”. A não existência de semelhança na dimensão dos grupos faz com que “(...) sejam verificados grandes distanciamentos, tanto da normalidade como da homocedasticidade, colocando em risco as conclusões da análise de variância (...)” (PESTANA; GAJEIRO, 2008, p. 278).

Neste pressuposto e sempre que aceitável, utilizou-se o Teste *t-Student*, para comparação de médias entre dois grupos independentes. No Teste *t-Student* foi utilizado o teste de *Levene*, considerando que se assume a igualdade das variâncias quando a significância do teste de *Levene* foi superior a 0,05 (PESTANA e GAJEIRO, 2008). Sempre que não se verificou a condição de normalidade e o *N* dos grupos não foi superior a 30 entre os grupos, utilizou-se o teste não paramétrico *U-Mann-Whitney*.

Para a comparação de médias de uma variável quantitativa, em mais de dois grupos em estudo, não foi possível utilizar o teste paramétrico *One-Way ANOVA*, por não se verificar a condição de normalidade nem de homocedasticidade (igualdade de variância entre os grupos), os grupos não terem um *N* superior a 30 nem terem uma dimensão igual ou semelhante. Assim, em alternativa a este teste recorreu-se ao teste *Kruskal-Wallis*. Para complementar esta análise e objectivando a localização das diferenças significativas entre os pares de grupos foi feito o teste *F One-Way ANOVA* e o teste *Post Hoc – Tukey*, aplicados unicamente aos grupos com diferenças estatisticamente significativas.

Para cálculo do coeficiente de determinação ( $R^2$ ), que explica a percentagem da variação da variável quantitativa explicada pelo factor, é efectuado dividindo a variação entre os grupos (Soma dos Quadrados entre os grupos) pela variação total (Total da Soma dos Quadrados), retirados a partir do Teste *F One-Way ANOVA* (PESTANA e GAJEIRO, 2008)

Para medir o grau de associação entre as duas variáveis contínuas, EC e MAT, como variável independente e dependente respectivamente, realizou-se uma Regressão linear múltipla, utilizando o método de estimação *Stepwise* e *Enter*. Para interpretar a correlação de *Pearson*, gerado por este teste, foram utilizados os seguintes valores de *r*: *r* < 0,2 – associação muito baixa; *r* entre [0,2, 0,39] – associação baixa; *r* entre [0,4, 0,69] – associação moderada; *r* entre [0,7,0,89] – associação alta e *r* > 0,9 – associação muito alta (PESTANA e GAJEIRO, 2008).

As hipóteses foram testadas utilizando um nível de confiança de 95%, do qual resulta um nível de significância de 5,0% ( $\alpha=0,05$ ), o que permite garantir a existência de relação entre as variáveis, considerando uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Os critérios de decisão em relação aos testes de hipóteses são baseados no estudo das probabilidades, se o nível de significância (*p*) for inferior a 0,00 e rejeitam-se se este for superior.

Os resultados foram apresentados em quadros e tabelas, nos quais se omitiu a fonte, dado que todos os dados aí constantes, foram obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados.



## 4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

O presente capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos, a análise descritiva e a inferencial, de forma a dar resposta aos diferentes objectivos e hipóteses anteriormente enunciadas. Na primeira parte encontra-se descrita, em traços gerais, a amostra relativamente às diversas variáveis estudadas. A segunda parte apresenta a análise inferencial dos dados.

### 4.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo, destinado à análise descritiva dos dados obtidos através do formulário, são evidenciadas um conjunto de características da amostra em relação às diversas variáveis em estudo, determinadas com recurso a testes estatísticos apropriados. Neste sentido, será aqui explanada a caracterização da amostra estudada de acordo com as variáveis Estilos de Vida, relacionadas com os SS, clínicas, relacionadas com a medicação, ATF e EC. As características sociodemográficas dos sujeitos da amostra já foram anteriormente apresentadas, no subcapítulo “Participantes”.

A amostra em estudo é constituída por 110 indivíduos, e apresenta as seguintes características, que a seguir se descrevem.

#### **Caracterização dos Estilos de Vida**

Ao analisar os dados obtidos (cf. Quadro 9, **APÊNDICE V**), verifica-se que, relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, podemos aferir que 62,7% dos sujeitos ingere Bebidas alcoólicas. Destes, 59,4%, fazem-no *Todos os dias* e 87,0% ingere *Entre 1-2 copos* (20-24gr de álcool/dia). Ao comparar o consumo de álcool em função do sexo, pode apurar-se que a maioria dos homens bebe álcool (73,3%), destes 69,5% bebe *Todos os dias* e 83,6% ingere *1-2 Copos* por dia. Das mulheres 60,0% não bebe. Das que bebem, 35,7% bebe *Todos os dias* e todas elas ingerem entre *1-2 copos* diariamente. Importa ainda referir que 13,0% dos inquiridos afirma beber *Até um litro* (100gr de álcool/dia). Esta quantidade diária de álcool é ingerida diariamente por 16, 4% dos homens.

Relativamente aos **Hábitos tabágicos**, dos indivíduos da amostra, 60,0% referem que *Nunca fumaram*. É de destacar, contudo, que 30% da amostra refere *Já ter fumado, mas que no momento não fuma* e apenas 7,3% dos sujeitos diz *Fumar todos os dias*. Dos que fumam todos os dias, 50,0% *Fuma mais de 10 cigarros por dia*. Os que fumam *Todos os dias* correspondem a 8,0% dos homens e 5,7% das mulheres. Destes 50,0% dos homens e das mulheres fumam *Mais de 10 cigarros* diariamente. (cf. Quadro 9, **APÊNDICE V**)

Referente à **Prática de exercício físico**, por parte dos sujeitos presentes neste estudo, 51,8% *Não pratica exercício físico*. Dos indivíduos que praticam alguma actividade física (48,2%), a maioria, 43,4%, pratica algum tipo de actividade física *2 a 3 vezes por semana* e 37,7% referem que o exercício dura entre *35 a 45 Minutos*. A análise em função do sexo, indica que, dos que praticam alguma actividade física, 53,3% representa a fracção masculina e destes, 40,0% fá-lo *2-3 vezes por semana* e 37,5% durante *35-45 Minutos* por dia. Quanto às mulheres, 62,9% não pratica exercício físico. Das que praticam, apresentam um padrão semelhante ao dos homens (cf. Quadro 9, **APÊNDICE V**).

Analisando a variável **Percepção do tipo de Alimentação** da amostra em estudo, 42,7% dos indivíduos consideram ter uma alimentação *Moderadamente saudável*, 40,9%, *Tão saudável como recomendado* e somente 10,9%, refere fazer uma alimentação *Muito saudável*. (cf. Quadro 9, **APÊNDICE V**).

Quanto à **Frequência das refeições**, 94,5% dos inquiridos toma *todos os dias o pequeno-almoço*; 46,4% *nunca ou quase nunca* efectua uma *merenda*; 92,7% dos sujeitos *almoça todos os dias*; 48,2% *lancha todos os dias*; 99,1% *janta todos os dias* e 42,7% *ceiam todos os dias* (cf. Quadro 9, **APÊNDICE V**) Já na **Frequência de consumo de alguns alimentos**, verificou-se que 90% da amostra alude *nunca ou quase nunca* comer *sopas instantâneas*; 85,5% refere, igualmente, *nunca ou quase nunca* come *hambúrgueres e salsichas* e 83,6% *nunca ou quase nunca* ingere *Coca-Cola* ou outras *bebidas gaseificadas*. É ainda de referir que 79,1% da amostra ingere, *todos os dias chá e/ou café*. (cf. Quadro 9, **APÊNDICE V**)

É de salientar que 52,7% dos indivíduos sofre diariamente de **Stress**. Analisando a variável em função do sexo, verifica-se que 56% dos homens e 45,7% das mulheres sofrem de *stress* (cf. Quadro 9, **APÊNDICE V**).

A análise descritiva relativa ao **Total de estilos de vida** da amostra em análise, demonstra uma variação entre 63 e 103, sendo a sua média de 83,42 (dp=8,20) e o seu coeficiente de variação é de 9,83%, o que denuncia uma dispersão fraca. A distribuição é simétrica (Sw/error =-0,092) e mesocúrtica (Kw/error = - 0,75). Os indivíduos do sexo masculino apresentam uma média do global de estilos de vida maior ( $\bar{X}$  =84,57; dp=7,68)

do que os do sexo feminino ( $\bar{X}$  =80,94; dp=8,83). Da análise do Teste de *t-Student* pode constatar-se que existem diferenças significativas entre os grupos ( $t=2,10$ ;  $p=0,003$ ) (cf. Tabela 2, **APÊNDICE V**)

Os indivíduos foram agrupados em três **Grupos de estilos de vida**, *Estilo de vida equilibrado*, *Estilo de vida intermédio* e *Estilo de vida desequilibrado*, criados com recurso ao *Método dos Grupos Extremos Revisto* (PESTANA e GAGEIRO, 2008). Analisando este grupos pode aferir-se que 100% dos indivíduos se encontram inseridos no grupo de *Estilos de vida Equilibrados*. (cf. Quadro 9, **APÊNDICE V**).

#### **Sintetizando:**

- No valor global de Estilos de Vida, o mínimo é de 64 e o máximo de 100, o que corresponde a uma média de 81,37 (dp=7,71)
- Quanto aos grupos de estilos de vida, 100% dos inquiridos inserem-se no grupo de estilos de vida *Equilibrados*.

#### **Características relacionadas com os Serviços de Saúde**

Analisando os dados obtidos na Tabela 3 (**APÊNDICE V**), verifica-se que a **Distância mínima do domicílio ao local de consulta** é de 0,5km e a máxima de 60km, ao que corresponde uma média de 6,42km (dp=7,62) e um CV=118,70%, que aponta para a existência de dispersão elevada. Os valores de simetria ( $Sw/error = 17,48$ ) indicam uma curva assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e os valores da kurtose ( $Kw/error = 50,27$ ) indicam uma curva leptocúrtica. Os indivíduos do sexo masculino apresentam valores médios para a distância, superiores ( $\bar{X} = 6,68$ ; dp = 8,31) aos do sexo feminino ( $\bar{X} = 5,89$ ; dp = 5,95). Não existem diferenças estatísticas significativas ( $t=0,50$ ;  $p=0,619$ ) analisadas pelo Teste *t-Student*. (cf. Tabela 3, **APÊNDICE V**)

Quanto à **Acessibilidade aos serviços de saúde**, verifica-se que 67,3% dos sujeitos da amostra utilizam o *Transporte próprio*, seguidos de 11,8% dos sujeitos que utilizam *Transportes públicos*. (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**)

Em relação à **Dificuldade de deslocação para a consulta**, a maior parte dos indivíduos desta amostra refere não ter *Dificuldade em se deslocar para à consulta* (75,5%). Dos que referem ter dificuldades em se deslocar, 37,0% diz ser pela *Necessidade de acompanhamento* e 33,3% pelo custo financeiro. (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**)

A maioria dos indivíduos tem **Acompanhamento de Médico de Família** (32,7%). É de referir também, que 31,8% dos sujeitos é seguido na *Medicina Intensiva do Hospital*. (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**)

Analisando a **Periodicidade das Consultas** dos sujeitos, constatou-se que 16,4% da amostra vão *Mensalmente* às consultas e, na mesma percentagem, vão *Anualmente*; 20% da amostra refere ir às consultas *Trimestralmente*. No entanto, a maioria dos inquiridos (47,3%) vai *Semestralmente* às consultas (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**)

Quanto à **Adequação do número de consultas**, 76,1% dos indivíduos da amostra refere que o número de consultas *Está adequado*, sendo que no sexo masculino, a percentagem (78,4%) é superior à do género feminino (71,4%). Apenas 22,0% refere a necessidade de ter *Maior número de consultas*. Das mulheres, 28,6% considera que *Deveriam ter maior número de consultas*, enquanto nos homens apenas 18,9% manifestam essa vontade (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**)

É ainda de referir que, relativamente à **Assiduidade às consultas**, 97,3% da amostra vai *Sempre* às consultas. Apenas 0,9% afirma que *Raramente* vai às consultas e 1,8% que só vai *Quando sente necessidade*. (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**)

Em relação à **Frequência de um programa de Reabilitação Cardíaca**, observa-se que 96,4% dos sujeitos respondeu que não frequenta um programa de Reabilitação Cardíaca. (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**)

Na análise dos dados referentes ao **Relacionamento com o Enfermeiro**, verifica-se que a maioria dos indivíduos consideram ter uma *Boa relação com o Enfermeiro* (95,5%) e quanto **Relacionamento com o Médico**, a maioria dos indivíduos da amostra considera que tem uma *Boa relação com o médico* que o acompanha (96,4%) (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**)

Quanto ao **Profissional de saúde que fornecem informações**, conseguiu-se apurar que 72,7% da amostra menciona que são os *Médicos* que dão informações acerca da sua doença cardíaca e do tratamento. Ainda se pode constatar que 21,8% das informações é dada pelos *Enfermeiros*. (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**)

#### **Em síntese:**

– A distância mínima do domicílio aos serviços de saúde é de 0,5km e a máxima de 60km, a que corresponde a uma média de 6,42 (dp=7,62).

– A maioria dos sujeitos da amostra, referiu deslocar-se em *Transporte próprio* (67,3%), para ir às consultas, admitiram *Não ter dificuldade* em se deslocar ao local da consulta (75,5%), que é acompanhado pelo *Médico de família* (32,7%) e pelo médico de *Medicina intensiva do hospital* (31,8%), frequenta as consultas semestralmente (47,3%) e menciona que o número de consultas está adequado às suas necessidades (76,1%).

– Os sujeitos da amostra, na sua maioria (97,3%), relataram frequentar *Sempre* as consultas, não frequentam um programa de reabilitação cardíaca (96,4%), consideram *Ter boa relação como Enfermeiro* (95,5%) e *com o Médico* (96,4%) e quem lhes fornece informação é o Médico (72,7%).

### Características Clínicas

Em relação ao **Tipo de DCI** da amostra analisada, podemos verificar que a maioria dos sujeitos (82,7%) teve como diagnosticado médico Enfarte Agudo do Miocárdio, 10,9% Angina de Peito instável e 6,4% teve os dois diagnósticos. Analisando a variável em função do sexo, constata-se que tanto nos homens (86,7%), como nas mulheres (74,3%) o diagnóstico predominante é o de EAM. Os resultados demonstram ainda que na maioria, 63,6%, dos sujeitos sofreram o **1º Episódios de DCI** há *Menos de 5 anos*. Inquiridos sobre a ocorrência de **Outros episódios**, 63,6% dos indivíduos indica não ter tido mais, 22,7% menciona ter tido *Mais um* episódio e 13,6% refere ter tido *Mais dois* episódios. Convém ainda referir que, os sujeitos que tiveram o segundo e o terceiro episódios mencionaram que os mesmos ocorreram há *Menos de 5 anos*. (cf. Quadro 11, **APÊNDICE V**)

É de salientar que a grande maioria dos sujeitos, 89,1% possui **Factores de risco** de DCI. Dos indivíduos do sexo feminino, 91,4% possui factores de risco. Os factores de risco predominantemente aludido pelos sujeitos englobam a Hiperdislipidémia (64,5%) Há ainda a referir que 60,0% dos sujeitos não sofrem de **Outras doenças**, para além das contempladas. A maioria dos indivíduos não menciona ter nenhum **Familiar directo** com DCI (56,4%). (cf. Quadro 11, **APÊNDICE V**)

Para o **Índice de Massa Corporal** (IMC) verificou-se um valor mínimo 18,71 Kg/m<sup>2</sup> e como valor máximo 41,95 Kg/m<sup>2</sup>. A média apresentada é de 27,61 (dp=3,81). A curva apresenta uma dispersão fraca dos valores em torno da média (Cv = 13,8%). Respectivamente ao valor de simetria (Sw/error=4,16) e de Kurtose (Kw/error=3,05), verificamos que a curva é assimétrica positiva e leptocúrtica. Os indivíduos do sexo feminino apresentam valores médios para o IMC superiores ( $\bar{X} = 27,92$ ; dp = 4,15) aos do sexo masculino ( $\bar{X} = 27,47$ ; dp = 3,65), não existindo diferença estatística bastante significativa (t=-0,58; p=0,53). (cf. Tabela 4, **APÊNDICE V**)

Os indivíduos foram agrupados em cinco **Classes de IMC** de acordo com a *Classificação do IMC da OMS*, *Saudável*, *Pré-obesidade*, *Obesidade moderada*, *Obesidade clínica* e *Obesidade mórbida*. Da análise destes grupos, pode concluir-se que dos indivíduos da amostra 52,7% apresentam valores correspondentes a *Pré-obesidade*. Analisando em relação ao sexo, a inclusão neste grupo verifica-se em 50,7% dos sujeitos do sexo

masculino e 57,1% do sexo feminino. Relativamente à classe de IMC *Saudável*, obtivemos uma percentagem de 23,6% da amostra total. Valores de IMC correspondentes a *Obesidade moderada* são apresentados por 18,2% dos sujeitos e situações de *Obesidade clínica*, verificam-se em 4,5% dos sujeitos. (cf. Quadro 11, **APÊNDICE V**)

No que concerne às **Limitações físicas relacionadas com a DCI**, 56,4% da amostra refere possuir *Limitações físicas na actividade quotidianas*. Analisando em função do sexo, 65,7% das mulheres e 52% dos homens diz ter essa limitação. Apenas 5,5% referiu *Acentuada limitação física para actividades simples* (cf. Quadro 11, **APÊNDICE V**)

#### **Em suma:**

- A maioria dos indivíduos da nossa amostra teve como diagnóstico médico *EAM* (82,7%), o 1º episódio de DCI ocorreu há menos de 5 anos (63,6%) e o 2º e 3º episódios, ocorreram há menos de 5 anos (100%), apresenta factores de risco de DCI (89,1%).
- Os factores de risco predominantemente aludido pelos sujeitos englobam a *Hiperdislipidémia* (64,5%) e para a *HTA* (60,9%).
- A maioria dos indivíduos não menciona ter nenhum familiar directo, com DCI (56,4%).
- Quanto à limitação física relacionada com a DCI, 56,4% relatou *Ter limitação física para actividades quotidianas*.
- A maioria dos sujeitos da nossa amostra apresentou um valor de IMC correspondente a *Pré-obesidade* (52,7%).

#### **Características relacionadas com a medicação**

Analisando o Quadro 12 (cf. **APÊNDICE V**), pode constatar-se que todos os sujeitos pertencentes à amostra tomam **Medicação para a DCI** (100%). Note-se que os sujeitos, na sua maioria, estão medicados com **Estatinas** (79,1%), **Anti-agregantes Plaquetários** (88,2%); 46,4% utiliza **Beta-bloqueadores** (46,4%) e **IECAS** (70%). Num cômputo geral verificou-se que 70,9% da amostra toma **Outros medicamentos** referentes a outras doenças. Procedendo à análise dos intervalos do **Tempo de toma de medicação**, observa-se que a maioria dos indivíduos (37,3%) já toma a medicação há *Mais de cinco anos*.

O valor mínimo do **N.º de comprimidos tomados** pelos sujeitos da amostra é de 2 comprimidos/dia e o máximo é 16 comprimidos/dia, o que equivale a uma média de 7,27 comprimidos/dia ( $dp=2,7$ ). Pode verificar-se que a curva é assimétrica positiva ( $Sk/error = 3,85$ ) e mesocúrtica ( $Kw/error = 1,45$ ), e apresenta forte dispersão ( $CV = 37,15\%$ ). Os indivíduos do sexo masculino apresentam uma média de 6,84 ( $dp=2,47$ ) inferior à dos

indivíduos do sexo feminino ( $\bar{X}=8,20$ ;  $dp=2,98$ ). Pelo Teste de *t-Student*, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos ( $t= - 2,518$ ;  $p=0,013$ ). (cf. Tabela 5, **APÊNDICE V**)

A maioria dos indivíduos da nossa amostra não considerou o **número de comprimidos que toma diariamente excessivos** (53,6%), assim como, não considera o **esquema terapêutico instituído complicado** (70.9%). Pela análise efectuada podemos verificar que, 80,9% diz nunca ter **Interrompido a medicação por sua iniciativa** e dos que dizem ter interrompido, 23,8% referem que o motivo se prendeu com o *Elevado número de comprimidos*, Analisando os dados podemos inferir que 68,2% dos indivíduos não referiu ocorrência de **Efeitos indesejáveis**. Nos casos em que ocorreram os efeitos indesejados, os mais referidos foram a *Impotência/Frigidez*, referida por 22,9% e as *Palpitações*, referidas por 20% dos indivíduos da amostra (cf. Quadro 12, **APÊNDICE V**).

Quanto ao **Gasto Mensal com medicação**, a análise do quadro permite verificar que 37,3% dos indivíduos gasta, em média, *Mais de 81 euros* por mês em medicamentos e 36,4% gasta *Entre 41-80 euros*. Apenas 7,3% da amostra afirma não pagar os medicamentos (cf. Quadro 12, **APÊNDICE V**).

#### **Sintetizando:**

- A totalidade da nossa amostra afirmou tomar medicação para a doença cardíaca, 37,3% dos inqueridos refere tomar este tipo de medicação há mais de 5 anos.
- O valor mínimo de comprimidos tomados pelos sujeitos da amostra é de 2 comprimidos/dia e o máximo é 16 comprimidos/dia, o que equivale a uma média de 7,27 comprimidos/dia ( $dp=2,7$ ).
- A maioria dos indivíduos da nossa amostra não considerou o número de comprimidos que toma diariamente excessivos (53,6%), assim como, não considera o esquema terapêutico instituído complicado (70.9%).
- A maioria dos inquiridos (80,9%) referiu nunca ter interrompido a medicação por sua iniciativa.
- A *Impotência* foi o efeito indesejado mais referido entre os homens (31,8%), enquanto que, 30,8% das mulheres referiu a *Fraqueza e fadiga*.
- A maioria dos inquiridos (37,3%) referiu gastar mensalmente *Mais de 81 euros* de medicação.

### Caracterização da Adesão aos tratamentos – MAT

Analisando as respostas dos 110 indivíduos da amostra em relação à **Adesão ao tratamento farmacológico**, verifica-se que o valor mínimo registado é de 3,57, até um máximo de 6, sendo que a média 5,40 (dp=0,56). Pode verificar-se que a distribuição é assimétrica negativa, com envezamento à direita ( $Sw/error = - 5,03$ ), leptocúrtica ( $Kw/error = 2,17$ ), e apresenta fraca dispersão ( $CV = 10,38\%$ ). Os indivíduos do sexo masculino apresentam, para a *Escala de Medida de Adesão ao Tratamento*, uma média, de 5,48 (dp=0,52) que é superior à dos indivíduos do sexo feminino ( $\bar{X} = 5,24$ ; dp=0,61), existindo diferença estatística bastante significativa entre eles ( $t=2,15$ ;  $p=0,03$ ) caucionadas pelo Teste de *t-Student* (cf. Tabela 6, **APÊNDICE V**).

Através do *Método dos grupos extremos revisto* (PESTANA e GAGEIRO, 2008), foram criados três níveis de adesão dos indivíduos *Boa adesão*, *Adesão moderada* e *Baixa adesão*. Da análise do Quadro 13 (cf. **APÊNDICE V**), pode aferir-se que 53,6% da amostra total revela uma *Boa Adesão* à terapêutica. Analisando quanto ao género, 60,0% dos homens apresenta este nível de adesão, enquanto que, da amostra feminina, 42,9% apresenta *Baixa Adesão*.

#### Resumindo:

- Quanto à variável Adesão ao Tratamento Farmacológico, concluímos que o valor mínimo foi de 3,57 e o máximo é de 6, o que corresponde a uma média de 5,4 (dp=0,56).
- Observando os níveis de adesão ao tratamento farmacológico criados, verificámos que 53,6% dos inquiridos insere-se no nível de *Boa Adesão* à terapêutica. Este nível verifica-se em 60,0% dos homens e 40,0% das mulheres.

### Caracterização das Estratégias de Coping

As variáveis relacionadas com as Estratégias de *Coping* são avaliadas com recurso ao Questionário *Brief COPE*, que é composto por 14 subescalas, cujos resultados se encontram descritos na Tabela 7 (cf. **APÊNDICE V**).

Através da análise desta Tabela, é possível constatar que o *Coping Activo* e a *Aceitação* variam entre um valor mínimo de 2 e um máximo de 6. Para a estratégia de *Utilizar Suporte Instrumental* obteve-se um mínimo de 2 e um máximo de 7. As restantes estratégias oscilaram entre 0 e 6 pontos. Verifica-se ainda que as estratégias mais vezes utilizadas foram a *Coping Activo* ( $\bar{X} = 4,33$ ; dp=1,01), a *Aceitação* ( $\bar{X} = 4,29$ ; dp=1,01), a *Planear* ( $\bar{X} = 4,23$ ; dp=1,05) e a *Reinterpretação positiva* ( $\bar{X} = 3,99$ ; dp=1,25). Por outro lado,

as Estratégias de *Coping* menos utilizadas pelos sujeitos foram o Uso de Substâncias ( $\bar{X}$  =0,33; dp=0,89), o Desinvestimento Comportamental ( $\bar{X}$  =1,98; dp=1,47), a Negação ( $\bar{X}$  =2,77; dp=1,44) e a Auto-culpabilização ( $\bar{X}$  =3,05; dp=1,47). As estratégias de Utilizar suporte emocional ( $\bar{X}$  =3,69; dp=1,58), Religião ( $\bar{X}$  =3,57; dp=1,77), Humor ( $\bar{X}$  =3,35; dp=1,61), Auto-distração ( $\bar{X}$  =3,09; dp=1,41), Expressão de sentimentos ( $\bar{X}$  =3,08; dp=1,47) e Auto-culpabilização ( $\bar{X}$  =3,05; dp=1,47) são as estratégias com valores intermédios de utilização pelos sujeitos da amostra. As estratégias *Coping* Activo, Planear e Aceitação exibem valores de coeficiente de variação ( $15\% \geq CV \leq 30\%$ ) que indicam que as suas distribuições apresentam uma dispersão média. Todas as outras estratégias apresentam forte dispersão ( $CV > 30\%$ ) em torno dos valores das suas médias. Quanto à simetria, as estratégias Planear, Reinterpretação Positiva e Uso de Substâncias exibem curvas assimétricas positivas ( $> 1,96$ ). As restantes são simétricas ( $\geq -1,96$  e  $\leq 1,96$ ). Relativamente ao achatamento da curva das distribuições, os valores curtose ( $< -1,96$ ) indicam que das estratégias Planear, Utilizar Suporte Social e Emocional, Reinterpretação Positiva, Auto-culpabilização, Expressão de Sentimentos, Auto-distração e Humor são platicúrticas. As estratégias Utilizar Suporte Instrumental e Uso de Substâncias são leptocúrticas (curtose  $> 1,96$ ). As restantes são mesocúrticas ( $\geq -1,96$  e  $\leq 1,96$ ).

**Em síntese:** As estratégias mais utilizadas pelos sujeitos foram a *Coping* Activo ( $\bar{X}$  =4,33; dp=1,01), a Aceitação ( $\bar{X}$  =4,29; dp=1,01), a Planear ( $\bar{X}$  =4,23; dp=1,05) e a Reinterpretação positiva ( $\bar{X}$  =3,99; dp=1,25). As menos utilizadas foram o Uso de Substâncias ( $\bar{X}$  =0,33; dp=0,89), o Desinvestimento Comportamental ( $\bar{X}$  =1,98; dp=1,47), a Negação ( $\bar{X}$  =2,77; dp=1,44) e a Auto-culpabilização ( $\bar{X}$  =3,05; dp=1,47). As estratégias de Utilizar suporte emocional ( $\bar{X}$  =3,69; dp=1,58), Religião ( $\bar{X}$  =3,57; dp=1,77), Humor ( $\bar{X}$  =3,35; dp=1,61), Auto-distração ( $\bar{X}$  =3,09; dp=1,41), Expressão de sentimentos ( $\bar{X}$  =3,08; dp=1,47) e Auto-culpabilização ( $\bar{X}$  =3,05; dp=1,47) são as estratégias com valores intermédios de utilização.

## 4.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

Neste segundo subcapítulo, após a caracterização da amostra, é apresentada a análise inferencial dos dados, obtida por meio da aplicação da estatística analítica, a qual

permite verificar a validade das hipóteses definidas e assim, obter conclusões acerca da existência ou inexistência de relação significativa entre as variáveis designadas.

Foram avaliadas as condições de normalidade (teste não paramétrico de aderência à normal K-S) e de homedasticidade (teste de *Levene*) das variáveis em estudo, constantes nos *outputs* fornecidos em suporte informático, no sentido de seleccionar os testes mais adequados para a realização deste estudo.

De modo a cumprir o desenho de investigação, tal como já foi referido, a análise inferencial foi organizada em duas partes.

Na **primeira fase do estudo**, as EC foram assumidas como variáveis dependentes relacionando-as assim com as variáveis seleccionadas, nomeadamente as Sociodemográficas, o *Stress* e a percepção de um Esquema terapêutico complicado. As hipóteses que se seguem foram formuladas com o intuito de encontrar alguma relação estatisticamente significativa entre as variáveis seleccionadas e as EC.

**H1: Existe relação entre as variáveis Sociodemográficas (Grupos de idades, Sexo, Estado marital, Habilitações literárias, Meio de Residência, Actividade laboral, Rendimento e Coabitação) e as EC no doente com DCI.**

Decompondo esta hipótese obtêm-se as que de seguida são exploradas.

**H1.1: Existe relação entre a variável Grupos etários e as EC no doente com DCI.**

Para analisar as variâncias entre as médias dos Grupos etários, foi utilizado o Teste *Kruskal-Wallis*, a fim de serem detectadas diferenças significativas entre elas.

Da observação da Tabela 8 (**APÊNDICE VI**) pode constatar-se que os indivíduos com idade compreendida entre os *45-55 anos* apresentam valores médios mais elevados para as estratégias de *Coping* Activo, Reinterpretação Positiva, Aceitação e Humor quando comparados com os restantes grupos. Já o grupo etário dos *56-65 anos* utiliza mais, em média, as estratégias de Planear, Utilizar Suporte Instrumental, Expressão de Sentimentos e Uso de Substâncias do que os restantes. Os sujeitos com idade entre os *66-75 anos* apresentam valores médios mais altos para a Auto-distração. Por último, o grupo etário de *Mais de 76 anos* recorre em média, mais a estratégias de Utilizar Suporte Instrumental, Religião, Negação e Desinvestimento Comportamental. (cf. Tabela 8, **APÊNDICE VI**). Contudo, apenas as estratégias de *Coping* Activo, Religião, Desinvestimento

Comportamental e Humor apresentam diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre os quatro grupos. Sendo que, para o *Coping* activo essa diferenças são altamente significativas ( $p < 0,001$ ) e para a Religião, bastante significativas ( $p < 0,01$ ). (cf. Tabela 8, **APÊNDICE VI**)

Após ordenação das médias, foi aplicado o teste ANOVA e o teste *Post-Hoc - Tukey*, para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística, podendo estas ser observadas na Tabela 9 (cf. **APÊNDICE VI**). A observação do teste *Tukey* possibilita ainda afirmar que os indivíduos mais novos recorrem mais ao *Coping* Activo e ao Humor comparativamente com os restantes. Por outro lado, os mais velhos utilizam predominantemente a Religião e o Desinvestimento Comportamental para enfrentar situações geradoras de *stress*, comparativamente aos outros grupos etários.

Calculando o coeficiente de determinação ( $R^2$ ), a partir do Teste ANOVA (cf. Tabela 10, **APÊNDICE VI**), podemos aferir que os **Grupos etários** explicam a variação das médias destas EC em: 16,82% no *Coping* Activo ( $R^2 = 0,1682$ ); 13,86% na Religião ( $R^2 = 0,1386$ ); 9,0% no Desinvestimento Comportamental ( $R^2 = 0,090$ ) e 8,27% no Humor ( $R^2 = 0,0827$ ).

Os níveis de significância obtidos em  $X^2$  permitem inferir que existe relação entre a variável **Grupos Etários** e as estratégias *Coping* Activo, Religião, Desinvestimento Comportamental e Humor, ou seja, a idade influencia a adopção destas estratégias por parte dos sujeitos.

#### **H1.2:** Existe relação entre a variável **Sexo** e as EC no doente com DCI.

Para testar esta hipótese foi utilizado o Teste *U-Mann-Whitney*, com a finalidade de averiguar a existência de relação entre o **Sexo** e as EC.

A análise das médias expostas na Tabela 11 (cf. **APÊNDICE VI**) permite constatar que os homens apresentam valores médios para as estratégias *Coping* Activo, Planear, Reinterpretação Positiva, Auto-culpabilização, Aceitação, Expressão de Sentimentos e Humor, superiores aos do sexo feminino. Para as restantes estratégias, Utilizar Suporte Instrumental, Utilizar Suporte Social e Emocional, Religião, Negação, Auto-distracção, Desinvestimento Comportamental e Uso de Substâncias, são as mulheres que exibem valores médios mais altos.

Os sujeitos do sexo masculino são os que mais recorrem ao *Coping* Activo, Aceitação e Humor, enquanto que, as estratégias Religião e Negação, são as mais adoptadas pelo sexo feminino.

O Teste *U-Mann-Whitney*, através da observação dos seus níveis de significância, permite concluir que, para as estratégias *Coping* Activo, Aceitação, Negação, Religião e Humor existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), sendo que para as duas últimas, as diferenças são bastante significativas ( $p < 0,01$ ). (cf. Tabela 11, **APÊNDICE VI**). Desta forma, conclui-se que existe relação entre a variável **Sexo** e o *Coping* Activo, a Religião, a Aceitação, Negação e Humor, ou seja, o Sexo influencia a adopção destas estratégias por parte dos indivíduos.

**H1.3:** Existe relação entre a variável **Estado Marital** e as EC no doente com DCI.

Para testar esta hipótese foi utilizado o Teste *U-Mann-Whitney*, com a finalidade de comparar as médias, relativas às EC, entre os sujeitos com e sem companheiro.

A análise das médias exibidas na Tabela 12 (cf. **APÊNDICE VI**) permite afirmar que os indivíduos que têm companheiro exibem médias mais elevadas para as estratégias *Coping* Activo, Planear, Utilizar Suporte Instrumental; Utilizar Suporte Social e Emocional, Reinterpretação Positiva, Auto-culpabilização, Aceitação, Expressão de sentimentos, Auto-distracção e Humor, quando comparadas com as exibidas pelos que não têm companheiro, o que significa que são mais utilizadas pelos primeiros. Para as restantes estratégias, Religião, Negação, Desinvestimento Comportamental e Uso de Substâncias, são os indivíduos sem companheiro, que apresentam valores médios mais altos.

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) para as estratégias Aceitação, Expressão de sentimentos, Humor e bastante significativas ( $p < 0,01$ ) para o Planear, a Reinterpretação Positiva e a Auto-culpabilização. (cf. Tabela 12, **APÊNDICE VI**). Assim, pode dizer-se que existe relação entre a variável **Estado Marital** e as estratégias Planear, Aceitação, Expressão de sentimentos, Humor, Reintegração Positiva e Auto-culpabilização, ou seja, o facto de se ter ou não companheiro influencia a adopção destas estratégias por parte dos sujeitos.

**H1.4:** Existe relação entre a variável **Habilitações literárias** e as EC no doente com DCI.

A fim de se verificar o efeito que a variável **Habilitações literárias** tem sobre as EC foi aplicado o teste não paramétrico *Kruskal Wallis*.

Observando a Tabela 13 (cf. **APÊNDICE VI**) percebe-se que os sujeitos sem escolaridade utilizam mais as estratégias Utilizar suporte instrumental, Suporte Social e Emocional, Religião, Negação, Desinvestimento Comportamental e Uso de Substâncias. Os

que possuem o *Ensino Primário* exibem valores médios mais elevados para a Auto-distracção. Os que têm o *Ensino Básico* utilizam em média mais as estratégias de *Coping Activo*, *Planear*, *Reinterpretação Positiva* e *Aceitação*, quando comparados com os restantes grupos. Os que têm o *Ensino secundário* apresentam médias mais altas para *Expressão de Sentimentos e Humor*. E por último, o valor médio mais elevado para a estratégia de *Auto-culpabilização* é observado nos que possuem o *Ensino superior*.

Existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) para a *Religião*, *Aceitação*, *Desinvestimento Comportamental*, *Humor* e altamente significativa ( $p < 0,001$ ) para o *Coping Activo*. (cf. Tabela 13, **APÊNDICE VI**).

Foi aplicado o teste ANOVA e o teste *Post-Hoc - Tukey*, para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística, podendo estas ser conferidas na Tabela 14 (cf. **APÊNDICE VI**). Apesar das diferenças das médias entre grupos, para a estratégia *Desinvestimento Comportamental*, serem estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), o Teste *Tukey* não conseguiu identifica-las.

A observação do teste *Tukey* permite inferir que os indivíduos com menor nível de habilitações literárias recorrem menos a estratégias de *Coping Activo*, *Aceitação* e *Humor*, comparativamente com os restantes. No entanto são eles que mais recorrem à *Religião* como forma de enfrentar os problemas.

Calculando o coeficiente de determinação ( $R^2$ ), a partir do Teste ANOVA (cf. Tabela 15, **APÊNDICE VI**), podemos concluir que as *Habilitações Literárias* explicam a variação das médias destas EC em: 20,77% no *Coping Activo* ( $R^2 = 0,2077$ ); 10,89% na *Religião* ( $R^2 = 0,1089$ ); 10,77% na *Aceitação* ( $R^2 = 0,1077$ ), 9,46% no *Desinvestimento Comportamental* ( $R^2 = 0,0946$ ) e 11,30% no *Humor* ( $R^2 = 0,1130$ ).

Observando os níveis de significância obtidos em  $X^2$ , pode deduzir-se que existe relação entre a variável **Habilitações Literárias** e as estratégias *Coping Activo*, *Religião*, *Desinvestimento Comportamental* e *Humor*.

**H1.5:** Existe relação entre a variável **Meio de Residência** e as EC no doente com DCI.

Para testar esta hipótese foi utilizado o Teste *U-Mann-Whitney*.

A análise da Tabela 16 (cf. **APÊNDICE VI**) permite constatar que os indivíduos que vivem em meio rural exibem valores médios em quase todas as estratégias, sendo que, as mais utilizadas por estes são o *Utilizar Suporte Social*, *Religião* e *Coping Activo*. Os que vivem em meio urbano utilizam em média, mais as estratégias *Negação*, *Desinvestimento* e

Humor, quando comparados com os anteriores. Contudo, a observação dos níveis de significância do Teste *U-Mann-Whitney*, permite constatar que, para nenhuma das EC se pode inferir a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). (cf. Tabela 16, **APÊNDICE VI**). Assim, não é possível rejeitar-se a hipótese nula, o que significa dizer que não existe relação entre o **Meio de Residência** e as EC.

**H1.6:** Existe relação entre a variável **Actividade laboral** e as EC no doente com DCI.

Para aferir esta hipótese foi utilizado o Teste *U-Mann-Whitney*.

A análise da Tabela 17 (cf. **APÊNDICE VI**) permite constatar que os indivíduos profissionalmente activos exibem médias mais elevadas para as estratégias *Coping Activo*, Planear, Reintegração Positiva, Auto-culpabilização, Aceitação, Expressão de Sentimentos, Auto-distração e Humor. Os profissionalmente inactivos, correspondentes aos sujeitos que se encontram de Baixa Médica, os Desempregados e Reformados, utilizam mais, em média, as estratégias Utilizar Suporte Instrumental, Utilizar Suporte Social e Emocional, Religião, Negação, Desinvestimento Comportamental e Uso de Substâncias, quando comparados com os anteriores.

A observação dos níveis de significância do Teste *U-Mann-Whitney*, permite constatar que, para as estratégias *Coping Activo*, Reinterpretação Positiva, Auto-culpabilização, Aceitação, Desinvestimento Comportamental e Humor, existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Sendo que, para a segunda, quarta e quinta estratégias referidas, essas diferenças são bastante significativas ( $p < 0,01$ ) (cf. Tabela 17, **APÊNDICE VI**). Assim, é possível dizer-se que existe relação entre a **Situação Laboral** e as estratégias mencionadas.

**H1.7:** Existe relação entre a variável **Rendimento** e as EC no doente com DCI.

Para analisar esta hipótese foi utilizado o Teste *U-Mann-Whitney*.

A análise da Tabela 18 (cf. **APÊNDICE VI**) permite apurar que sujeitos com rendimento *Inferior a 970 euros* mostram valores médios para as estratégias Auto-distração, Desinvestimento Comportamental, Religião, Planear, Expressão de sentimentos, Negação, Uso de Substâncias e Humor. Para as restantes estratégias, os valores médios mais elevados destas, são apresentados pelos que auferem um rendimento *Igual ou Superior a 970 euros* utilizam mais. No entanto, a verificação dos níveis de significância do Teste *U-Mann-Whitney*, permite constatar que, para nenhuma das EC se pode inferir a

existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). (cf. Tabela 18, **APÊNDICE VI**). Logo, não existe relação entre o **Rendimento** e as EC.

**H1.8:** Existe relação entre a variável **Coabitação** e as EC no doente com DCI.

Com a finalidade de analisar o efeito da variável **Coabitação** na adopção de EC, foi utilizado o Teste *Kruskal-Wallis*.

A observação da Tabela 19 (cf. **APÊNDICE VI**) permite constatar que as variáveis *Coping Activo*, Reinterpretação Positiva, Auto-culpabilização, Auto-distracção e Uso de Substâncias apresentam maiores médias, nos indivíduos que vivem *Com os filhos e cônjuge*. O Planear, o Utilizar Suporte instrumental, o Utilizar Suporte Social e Emocional e a Expressão de Sentimentos são estratégias mais adoptadas, pelos que vivem *Com o cônjuge* e a Religião, a Negação e o Desinvestimento Comportamental pelos que vivem *Com os filhos*. Os que vivem sozinhos apresentam maiores valores médios para a Aceitação. Os que vivem em *Família alargada*, não apresentam valores médios mais elevados para nenhuma estratégia.

Apenas as estratégias Utilizar Suporte Social e Emocional, Reinterpretação Positiva, Auto-culpabilização e Negação apresentam um valor de  $p$  estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ), sendo que para as estratégias Reinterpretação Positiva estas diferenças são bastante significativas ( $p < 0,01$ ) (cf. Tabela 19, **APÊNDICE VI**).

As diferenças entre pares de grupos, com significância estatística, localizadas através da aplicação do teste *Post-Hoc - Tukey*, podem ser conferidas na Tabela 20 (cf. **APÊNDICE VI**). Apesar das diferenças das médias entre grupos, para a estratégia Utilizar Suporte Social e Emocional e Reinterpretação Positiva, serem estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), o Teste *Tukey* não permitiu a sua localização.

A partir do Teste *ANOVA* (cf. Tabela 21, **APÊNDICE VI**), foram calculados os coeficientes de determinação ( $R^2$ ) os quais permitem aferir que a Coabitação explica a variação das médias das estratégias mencionadas, em: 9,40% no Utilizar Suporte Social e Emocional ( $R^2 = 0,0940$ ); 13,36% na Reinterpretação Positiva ( $R^2 = 0,1336$ ); 10,84% na Auto-culpabilização ( $R^2 = 0,1084$ ), 10,25% na Negação ( $R^2 = 0,1025$ ) e 10,99% no Humor ( $R^2 = 0,1099$ ).

Por conseguinte, pode afirmar-se que existe relação entre a **Coabitação** e as Estratégias de Utilizar Suporte Social e Emocional, Reinterpretação Positiva, Auto-culpabilização e Negação.

## H2: Existe relação entre a variável **Stress** e Esquema terapêutico complicado e as EC do doente com DCI.

Decompondo esta hipótese obtêm-se as que de seguida se apresenta.

### H2.1: Existe relação entre a variável **Stress** e as EC do doente com DCI.

Para testar esta hipótese foi utilizado o Teste *t*-Student, a fim de averiguar a existência de relação entre o *Stress* e as EC.

A análise das médias expostas na Tabela 22 (cf. **APÊNDICE VI**) permite constatar que os indivíduos que dizem não sofrer de *Stress* apresentam médias mais elevadas para as estratégias Utilizar Suporte Social, Religião, Reinterpretação Positiva e Uso de Substâncias, comparativamente aos Indivíduos que sofrem de *Stress*. Para as restantes estratégias, são estes últimos que apresentam maiores médias.

A observação dos valores de significância do Teste de *Levene* ( $p < 0,05$ ), permite, logo à partida, rejeitar a hipótese de igualdade entre as médias dos grupos. O valor positivo do teste de *Levene* indica que a média apresentada pelos sujeitos que Não sofrem de *Stress* é superior à dos que o sofrem.

As estratégias Planear, Religião, Auto-culpabilização e Expressão de Sentimentos registam diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). (cf. Tabela 22, **APÊNDICE VI**), o que permite afirmar que existe relação entre a variável *Stress* e as estratégias Planear, Religião, Auto-culpabilização e Expressão de Sentimentos ou seja, o *Stress* influencia a adopção destas estratégias, por parte dos indivíduos.

### H2.2: Existe relação entre a variável **Esquema terapêutico complicado** e as EC do doente com DCI.

Para testar esta hipótese foi utilizado o Teste *U*-Mann-Whitney.

A análise das médias expostas na Tabela 23 (cf. **APÊNDICE VI**) permite certificar que os indivíduos que dizem achar não seu esquema terapêutico complicado, apresentam médias mais elevadas para as estratégias *Coping* Activo, Planear, Reinterpretação Positiva, Auto-culpabilização, Aceitação, Expressão de Sentimentos, Auto-distracção e Humor, comparativamente aos Indivíduos que não partilham essa opinião Para as restantes estratégias, Utilizar Suporte Instrumental, Utilizar Suporte Social e Emocional, Religião,

Negação, Desinvestimento Comportamental, são estes últimos que apresentam médias mais elevadas.

O *Coping* Activo, a Reintegração Positiva e a Auto-distracção revelam diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) (cf. Tabela 23, **APÊNDICE VI**), o que permite afirmar que existe relação entre a variável **Esquema Terapêutico Complicado** e estas estratégias.

Nesta **segunda fase do estudo**, assumiu-se como variável dependente a Adesão aos Tratamentos, relacionando-a com as EC, procurando aferir qual a influência desta última, sobre a primeira. Para tal, foi formulada a hipótese que se apresenta a seguir.

### **H3: As EC predizem a ATF no doente com DCI.**

Para o estudo da correlação entre variável EC e a ATF procedeu-se à realização de uma análise de regressão. Para testar esta hipótese utilizou-se uma correlação de *Pearson*.

Quando correlacionadas as catorze dimensões do *Coping* com escala da MAT, obteve-se uma associação negativa muito baixa em todas as dimensões e não se obteve uma correlação estatística significativa, uma vez que o *p-value* é superior a 0,050 em todas elas. (cf. Tabela 25, **APÊNDICE VI**). Adicionalmente, por observação da Quadro 14 (cf. **APÊNDICE VI**), que apresenta a regressão linear entre a variável EC e MAT, pode concluir-se que o modelo em causa, não é explicativo e como tal, não tem valor preditivo.



## 5 - DISCUSSÃO

Este capítulo reproduz a reflexão sobre as limitações do estudo e sobre os dados obtidos, destacando os mais significativos e confrontando-os com o estado da arte.

### 5.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Para que o presente estudo, possa contribuir para o conhecimento na área da ATF no doente com DCI e mais especificamente, sobre a possível importância das EC, é importante destacar algumas limitações metodológicas.

O primeiro ponto a assinalar consiste no facto da amostra englobar um número reduzido de indivíduos, o que acarreta algumas desvantagens relacionadas com a sua fidelidade e fiabilidade, sendo, por isso, essencial, em estudos futuros aumentar o tamanho da amostra. Em segundo lugar, os participantes foram recrutados, segundo um processo de amostragem por conveniência, o que impede a generalização dos resultados a outros indivíduos.

O facto do presente estudo ser transversal, aponta para algumas vantagens e desvantagens. Assim as vantagens que surgem são relativas ao facto de ser um estudo mais breve e, enquanto metodologia ser mais simples. As desvantagens prendem-se com o facto de a avaliação ficar centrada naquele momento, isto é, na percepção retrospectiva e prospectiva, não havendo um seguimento da problemática em estudo, ao longo do processo de doença que poderia ser combatido através de um estudo longitudinal, revela-se, pois, mais limitado que o longitudinal (FORTIN, 2009).

O nível educacional da população, bem como, a média de idades exigiu que, em certos casos, o questionário tivesse a intervenção dos investigadores. Este facto implica menor liberdade de respostas, em função da presença do entrevistador, risco de distorções das respostas por influência deste, menor tempo para responder às perguntas e insegurança nas respostas, por falta do anonimato.

O questionário foi aplicado aos doentes em contexto hospitalar, durante o período de espera para a consulta médica. Este aspecto condiciona, logo à partida, o tempo de resposta e a atenção que é dispensada.

As escalas utilizadas (MAT e *Brief COPE*) não foram validadas para a população em estudo.

Apesar das desvantagens referidas, os métodos utilizados na realização deste estudo foram os mais viáveis de serem utilizados.

## 5.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta etapa e, dada a extensiva análise descritiva e inferencial dos resultados, são comparados apenas os resultados considerados mais significativos, obtidos com as hipóteses previamente enunciadas.

A amostra em estudo é constituída por 110 indivíduos, e foi constatado que a maioria dos sujeitos é do **sexo** masculino (68,2%). Estes dados revelam-se concordantes com a realidade portuguesa, na qual a maioria dos indivíduos portadores de DCI é do sexo masculino (1,9% da população masculina portuguesa), enquanto que, no caso das mulheres, estas são menos acometidas pela doença em causa (0,8% da população feminina portuguesa). (INE, 2007).

Os homens apresentam uma média de **idade** (63,85 anos) inferior à das mulheres (71,60 anos). A maioria dos sujeitos da amostra apresenta idades entre os 65-75 anos. Os homens, inserem-se em média, em escalões etários mais baixos (55-65 anos) que as mulheres (66-75 anos). Também estes resultados vão de encontro aos dados mencionados pelo INE (2007), que relatam que a maioria dos sujeitos do sexo masculino portadores de DCI insere-se nos grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos, enquanto que as mulheres se inserem nos grupos etários dos 75-84 anos e superiores a 85 anos. Para uma possível explicação deste facto, importa ainda referir que as mulheres jovens apresentam menor risco de DCV's, com base na diferença dos níveis hormonais em ambos os sexos (NAVARRO e CONEGERO, 2002; AMARANTE, [et al], 2009).

É também possível constatar que: Na sua maioria os indivíduos têm **companheiro** (79,1%), dos quais maioritariamente casados (77,3%), tendência habitual tendo em conta a média de idades e concordante com a realidade verificada num estudo realizado em doentes com DCI, no qual 78,3% eram casados (LUNELLI, 2009); Possuem apenas o **ensino** primário (44,5%), o que diverge dos dados obtidos pelo INE (2003) que revelam que em 2001 a população portuguesa, na sua maioria, não sabia ler nem escrever e de outros estudos, nos quais o nível de escolaridade dos sujeitos é superior (LUNELLI, [et al], 2010;

PEREIRA, SANTOS e SAKAE, 2010); E **coabitam** com o cônjuge (62,7%), aspecto que concorda com o estado marital da maioria dos sujeitos.

O facto da maioria dos sujeitos **residirem** na cidade (60%) pode contribuir para que 52,7% destes refira sofrer de *stress* diariamente, dado que os meios rurais são habitualmente referidos como menos geradores de *stress*. Também se pode associar a ruralidade a uma melhor qualidade de vida relativamente à obtenção de alimentos mais saudáveis e a menores níveis de poluição. Em contrapartida, as populações citadinas têm melhor acessibilidade aos serviços de saúde. O **Stress**, sendo uma consequência do ritmo de vida, é considerado um dos factores que aumenta seriamente o risco de DCI e agravam o prognóstico dos doentes com esta patologia (WHO, 2010), é considerado preditor da ATF (SCHÖNNESSON, ROSS e WILLIAMS (2004) e interferem na adopção de EC por parte dos indivíduos PAIS RIBEIRO e RODRIGUES, 2004; ESCHENBECK [et al.], 2007.

Analisando a **situação laboral**, os sujeitos da amostra são maioritariamente reformados (79,1%), predominando entre estes o sexo feminino (82,9%). Este valor revela-se mais elevado do que o obtido por Lunelli (2009), no qual a percentagem de reformados entre os doentes com DCI é de 47,8%. Estes aspectos podem ser explicados pela média de idades, pelo facto de que qualquer doença crónica pode acarretar limitações físicas para realizar uma actividade laboral regular (ainda que, apenas 56,4% dos sujeitos referiram ter *Limitações para actividades quotidiana*) e pela maior longevidade do sexo feminino, comparativamente ao sexo masculino. A percentagem de reformados verificada na amostra é superior à apresentada em 2001 pelos Censos (INE, 2003), nos quais apenas 42,6% dos portugueses se encontravam inactivos. Já no caso dos indivíduos que exercem actividade laboral (15,5%), a maioria pertence ao grupo de pessoal administrativo e similares (31,3%) e ainda 25% de pessoal não qualificado, o que parece concordar com o nível de habilitações da maioria dos indivíduos.

A grande maioria dos indivíduos da amostra (50,9%) auferem um **rendimento mensal** inferior a 485 euros, sendo que as mulheres se encontram maioritariamente neste grupo (65,7%). Este aspecto concorda com o nível de habilitações revelado pela amostra, com a situação laboral da maioria dos sujeitos (reformados) e com os dados revelados pela Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (CITE, 2008) revelam que em 2008, as mulheres auferiam rendimentos inferiores aos dos homens. Há ainda a salientar que a condição económica dos sujeitos interfere com o seu estado de saúde. As classes sociais com melhores recursos económicos e culturais tendem a adoptar estilos de vida mais saudáveis e a apresentar menos patologias (ANTUNES, 2009). As doenças crónicas têm maior prevalência em grupos de rendimentos inferiores (RIBEIRO, 2010)

A maioria dos sujeitos (89,1%) possui **factores de risco** associados à DCI, sendo que os mais referidos são a Hiperdislipidémia (64,5%), a Hipertensão Arterial (60,9%), e a Diabetes Mellitus (37,3%). Estes aspectos concordam com seguintes factos: 63% dos portugueses tem os valores de colesterol acima dos valores recomendados (FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA, 2009); No período de 2005-2006, 20% da população portuguesa sofre de hipertensão arterial (INE, 2007). Em 2009, 11,7% dos portugueses apresentavam diabetes (PORTUGAL, 2010). Também no estudo de Lunelli (2009) foi verificado que a HTA (100%), a Hiperdislipidémia (95,7%) e a Diabetes (23,9%) foram as **comorbilidades** mais assinaladas.

Ainda no contexto dos factores de risco, há a salientar que a maioria dos homens (73,3%) bebe **álcool**, destes 83,6% bebe todos os dias e 83,6% ingere 20-24 gramas de álcool por dia. Maioritariamente as mulheres não bebem (60,0%). Dos homens que **fumam** a maioria (8,0%) fuma todos os dias, enquanto que apenas 5,7% das mulheres o fazem. Em ambos os sexos 50,0% dos indivíduos fumam mais de dez cigarros por dia. Estes resultados são concordantes com os divulgados no (INE, 2007), que revelam que os homens fumam mais, têm maior taxa de alcoolismo e pior **IMC**. Esta última tendência não se verifica na amostra em estudo, dado que apenas 50,7% dos homens e 57,1% das mulheres se apresentam incluídos na classe de pré-obesidade. Concordando com outros estudos (CORREIA, CAVALCANTE e SANTOS, 2010; LUNELLI, 2009) a maioria dos sujeitos com DCI apresentam pré-obesidade.

Sendo o sedentarismo um factor de risco de DCI, importa referir que apenas 48,2% dos sujeitos pratica **exercício físico**, 2/3 vezes por semana (43,4%), entre 35-45 minutos (37,7%). De entre os homens, a maioria (53,3%) pratica alguma actividade física, enquanto que 62,9% das mulheres não pratica. Estes resultados são concordantes com os que foram obtidos no estudo de Lunelli (2009), no qual o sedentarismo é uma característica da maioria dos sujeitos, sendo este facto comprovado também, pelo estudo de Correia, Cavalcante e Santos (2010).

Outro factor de risco é a existência de **antecedentes familiares de DCI**. No presente estudo 56,4% dos sujeitos não referem ter nenhum familiar directo com antecedentes de DCI, contrariamente ao verificado noutros estudos em que esta percentagem é mais elevada (CORREIA, CAVALCANTE e SANTOS, 2010; LUNELLI, 2009).

Quanto ao **tipo de DCI**, 82,7% dos sujeitos refere ter tido EAM. A maioria respondeu ter tido um episódio de DCI há menos de 5 anos (63,6%) e a mesma percentagem refere não ter tido mais nenhum evento. Os doentes que sobreviveram a um evento de DCI têm um alto de risco de novos eventos cardiovasculares (MACEDO e ROSA, 2010). No entanto,

neste estudo, a recidiva de DCI apenas se concretizou numa minoria de sujeitos. Este facto pode ser explicado pelo bom nível de adesão revelado pela maioria (53,6%). Os homens apresentam valores médios mais elevados, na medida de **adesão aos tratamentos**, facto que é corroborado por alguns estudos sobre o tema, nos quais foram verificados maiores níveis de adesão, por parte dos homens do que das mulheres (SALDANHA, 2009; CASTRO e MESQUITA, 2008).

No que respeita à medicação dos sujeitos da amostra, especificamente o **número de comprimidos** que tomam por dia, o presente estudo revelou que em média os indivíduos tomam 7,27 comprimidos por dia e que são as mulheres as maiores consumidoras de medicação para as doenças crónicas. Este facto é corroborado pelo estudo de avaliação da prevalência do consumo de medicação crónica (CIMA [et al.], 2001).

Como seria de esperar, já que a DCI exige a toma continuada de medicamentos, para prevenção secundária da doença, todos os inquiridos toma medicação para a DCI, sendo os mais tomados os anti-agregantes plaquetários (88,2%), as estatinas (79,1%) e os IECAS (70%). Estes resultados são concordantes com os obtidos no estudo realizado por Cima [et al.] (2001) que revelam que a medicação, tomada em contexto de doença crónica, mais comumente utilizada são os medicamentos para o sistema cardiovascular. Há ainda a mencionar que 70,9% dos inquiridos está também medicado para outras patologias.

Apesar dos inúmeros medicamentos tomados por estes doentes, a maioria dos sujeitos (53,6%) não considera o **número de comprimidos excessivo**, bem como, 70,9% não percebe o seu **esquema terapêutico** como sendo **complicado**. Estes aspectos, concorrem também para que o nível de ATF seja adequado e pode eventualmente ser explicado pela boa compreensão, por parte dos doentes, em relação à necessidade de tomar a medicação correctamente, podendo esta situação advir do facto de que, maioritariamente, os sujeitos afirmam ter um bom **relacionamento com os profissionais de saúde** e conseqüentemente poderem ter acesso à informação adequada.

Diversos autores como Petrie e Weinman (1997), Holahan e Moos (1987, cit por PAIS-RIBEIRO e RODRIGUES, 2004), Folkman e Moskowitz (2000, cit por PAIS RIBEIRO e RODRIGUES, 2004) sustentam que as EC são influenciadas por factores de natureza sociodemográfica, factores de natureza psicológica e factores de natureza situacional.

Nesta linha de pensamento, foram formuladas as duas hipóteses testadas, que serão analisadas em seguida.

Na primeira hipótese – **“Existe relação entre as variáveis sócio-demográficas (Grupos de idades, Sexo, Estado Marital, Habilitações Literárias, Meio de Residência, Situação laboral, Rendimento e Coabitação) e as EC no doente com DCI”**, verifica-se que

todas as variáveis sociodemográficas seleccionadas, à excepção do Meio de Residência e do Rendimento, influenciam a adopção de várias EC por parte dos sujeitos. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por outros estudos, que validam a variação na adopção destas estratégias, de acordo com as várias características sociodemográficas e familiares dos indivíduos (HERRMANN [et al.], 2000; DRAGESET e LINGSTRON, 2005; PETRIE e WEINMAN, 1997). Esta variação resulta no facto do *Coping* consistir num conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais, em constante mudança de acordo com algumas situações, consideradas geradoras de *stress* (FOLKMAN [et al.], 1986), como é o caso das doenças crónicas, particularmente a DCI.

Mediante diversos estudos realizados, a **Idade** parece influenciar as EC utilizadas (HERRMANN [et al.], 2000; DRAGESET e LINGSTRON, 2005). No entanto, numa perspectiva contrária aos estudos anteriores, o estudo de Krakow et al. (1999) evidencia que a idade dos doentes não influencia as EC utilizadas pelos mesmos.

O presente estudo vem corroborar os dois primeiros, pois nele se constatou que a Idade interfere com a adopção das estratégias *Coping* Activo, Religião, Desinvestimento Comportamental e Humor. Analisando os resultados pode verifica-se que são os indivíduos mais jovens (45-55 e 56-65 anos) que recorrem mais frequentemente a estratégias centradas no problema (nomeadamente o *Coping* Activo e o Planear) e mais activas, isto é, optam por enfrentar a fonte geradora de *stress*, fazendo esforços e delineando estratégias eficazes para a solucionar ou minimizar. Por outro lado, os sujeitos com mais idade (66-75 e mais de 76 anos), optam pelo recurso a estratégias centradas nas emoções e mais passivas (em particular a Auto-distracção, Religião e Desinvestimento Comportamental), ou seja, perante um problema preferem desviar a sua atenção deste, evitando o desconforto emocional que daí advém, refugiam-se na religião ou desistem de fazer qualquer tipo de esforço para o minorar, o que parece compreensível, tendo em conta as expectativas de vida destes últimos. Estes achados, são concordantes com os resultados de Herrmann [et al.] (2000) e de Drageset e Lingstron (2005).

No presente estudo e contrariamente ao estudo de Krakow [et al.] (1999) constatou-se que o **Sexo** exercia influência sobre a adopção de EC pelos doentes com DCI, nomeadamente o *Coping* Activo, a Religião, a Aceitação, Negação e Humor. Pode Verificar-se uma maior adopção do *Coping* Activo por parte dos homens, quando comparados com as mulheres. Por sua vez, as mulheres tendem a adoptar mais a Religião, como forma de confrontar os problemas. Estes resultados são divergentes do estudo de Bensing [et al.] (2000) no qual os doentes do sexo feminino adoptam mais vezes o *Coping* Activo para a resolução dos seus problemas. Segundo este autor, as mulheres têm maior tendência a tentar preservar a sua autonomia, a definir desafios e a procurarem manter actividade social.

Estes resultados contraditórios podem eventualmente estar relacionados com a média de idades das mulheres, que é superior às dos homens e com o nível de habilitações literárias destas, que, maioritariamente, também se revela bastante inferior ao dos homens.

Alguns autores apontam para a existência de relação entre os aspectos sociais e a adopção de EC, (SCHREURS [et al.], 2000 cit. por CUNHA, 2009; DRAGASET e LINDSTORM, 2005), sugerindo inclusive que, uma melhoria nos aspectos sociais levaria à adopção de estratégias mais eficazes para enfrentar a doença. Neste contexto, os aspectos sociais podem ser analisados através reflexão sobre as variáveis Estado marital, a Actividade laboral e a Coabitação, que, em certa medida, se relacionam com eles.

Assim, podemos constatar o **Estado Marital** influencia a adopção das estratégias Planear, Reinterpretação Positiva, Auto-culpabilização, Aceitação, Expressão de Sentimentos e Humor. Observa-se uma maior tendência dos indivíduos sem companheiro para a adopção de estratégias mais centradas no controlo emocional face ao problema (focadas nas emoções) e notoriamente mais passivas (nomeadamente Religião, Desinvestimento Comportamental e Negação). É igualmente revelada uma maior tendência dos indivíduos com companheiro, para a utilização de estratégias focadas nas emoções (Reinterpretação Positiva, Auto-culpabilização e Humor). São também estes últimos sujeitos, que recorrem com maior frequência às estratégias mais activas e focadas no problema (*Coping Activo* e Planear), apesar de não serem estas mais utilizadas. Estes factos podem eventualmente ser relacionados com o apoio proveniente da família nuclear, que influencia positivamente a adopção de EC mais efectivas para lidar com situações geradoras de *stress* (HARDY [et al.], 1993 cit por DELL'AGIO, 2000). Os autores Coyne e DeLongis (1986, cit por MARTINS, 2005) sustentam que, a percepção de ausência de suporte social, vulnerabiliza emocionalmente o indivíduo, facto que condiciona a maior utilização de EC centradas nas emoções.

O meio de residência dos indivíduos, é reconhecido por alguns autores (BARKER [et al.], 1990 cit por MARTINS, 2005) como sendo um aspecto sociodemográfico que se relaciona com a utilização de EC centradas no problema, dado que se pressupõe que os sujeitos provenientes dos meios urbanos têm melhores níveis de habilitações literárias. Os mesmos autores sustentam que níveis socioeconómicos mais elevados, também condicionam a adopção de estratégias mais activas, por presumirem que esses indivíduos possuem mais facilidades em utilizar estratégias cognitivo-comportamentais, mais capacidade de abstracção dos problemas emocionais e melhor envolvimento das intervenções para controlar o problema. No presente estudo tais factos não foram constatados, pois não se confirmada a existência de relação entre a variável Meio de **residência**, nem a variável **Rendimento** com as EC.

Quanto à **Actividade Laboral**, verificamos que esta exerce influência no recurso ao Coping Activo, à Reinterpretação Positiva, à Auto-culpabilização, à Aceitação, ao Desinvestimento Comportamental e ao Humor, como formas de fazer face a situações de crise. Mediante os resultados obtidos no presente estudo, os sujeitos profissionalmente activos, tendem a encarar a crise como uma fonte de aprendizagem e a enfrenta-la da forma mais positiva (Reinterpretação Positiva), aceitam-na como real (Aceitação), planeiam e implementam estratégias de resolução da mesma (Planear e *Coping Activo*). Estes sujeitos adoptam quer estratégias centradas no problema, como centradas nas emoções, no entanto fazem-no de uma forma mais activa, comparativamente aos sujeitos inactivos, os quais tendem a rejeitar a realidade (Negação), a desistir de solucionar ou minimizar a situação (Desinvestimento Comportamental) e recorrer a substâncias, como estratégia de fuga ao problema (Uso de Substâncias). Os resultados obtidos podem eventualmente ser justificados pela maior tendência verificada nos indivíduos inactivos, para desenvolverem alterações de natureza psicológica (nomeadamente a depressão, diminuição da auto-estima, etc.) que condicionam a adopção de estratégias mais passivas por estes sujeitos. Por sua vez, os indivíduos activos tendem a apresentar melhor suporte social, condicionando favoravelmente a adopção de EC mais efectivas, focalizadas no problema.

Petrie e Weinman (1997) suportam a existência de relação entre o número de elementos do agregado familiar e a influência da família, na adopção de EC. Em relação à **Coabitação**, os resultados obtidos no presente estudo vêm corroborar este facto, constatando-se que esta variável condiciona a utilização das estratégias de Utilizar Suporte Social e Emocional, Reinterpretação Positiva, Auto-culpabilização, Negação, Desinvestimento Comportamental, verificando-se que são os indivíduos que vivem *com cônjuge e filhos*, e os que vivem com o *cônjuge*, os que mais recorrem a estratégias centradas no problema (*Coping Activo*, Planear respectivamente). Já os que vivem apenas *com os filhos* são os que exibem maior tendência para a adopção de estratégias centradas na emoção e mais passivas (Desinvestimento Comportamental, Religião e Negação). Este último resultado pode estar relacionado com a idade dos sujeitos. Não sendo uma situação comum nos dias de hoje, é possível que os sujeitos mais idosos estejam alojados em casa dos filhos, em vez de estarem institucionalizados, verificando-se nestes sujeitos, tendência para a utilização de estratégias mais passivas e centradas nas emoções.

Estudos realizados relativamente ao *Coping* dos doentes em contexto de oncologia, evidenciaram a adopção de estratégias centradas na resolução do problema e mais activas em doentes com níveis mais elevados de instrução (DRAGAGEST e LINGSTROM, 2005). O estudo de Barbaresci [et al.] (2008 cit. por CUNHA, 2009) realizado com 95 doentes oncológicos encontrou várias relações, que confirmam esta ideia: os pacientes com maiores

habilitações adaptam-se mais facilmente à doença, têm menor tendência para a depressão e apresentam melhor funcionamento físico e social. Barker [et al] (1990 cit por MARTINS, 2005) relacionam os níveis socioeconómicos mais elevados com a maior facilidade de utilização de estratégias que visem o equilíbrio emocional e maior capacidade de implementação de intervenções que objectivem o controlo do problema.

Os resultados obtidos no presente estudo, permitem afirmar que existe relação entre as **Habilitações literárias** e o *Coping* Activo, a Religião, a Aceitação, o Desinvestimento Comportamental e o Humor, validando os descritos anteriormente, pois foram os sujeitos sem escolaridade que apresentaram maior utilização de estratégias mais passivas e centradas nas emoções (Religião, Negação e Desinvestimento Comportamental). Contudo, contrariamente ao constatado pelos autores referidos, não foram os que possuem maior nível de habilitações que apresentaram estratégias mais activas, mas sim os que possuem o *ensino básico*.

A segunda hipótese em análise inferencial – “**Existe relação entre a variável Stress e Esquema terapêutico complicado e as EC do doente com DCI**”, foi encontrada relação entre o *Coping* e entre estas duas as variáveis. Da observação dos resultados pode afirmar-se que estas variáveis influenciam quer as EC centradas na emoção, como as centradas no problema, dos doentes com DCI.

Interpretando estas duas variáveis, o *stress* e a percepção de esquema terapêutico complicado, como factores de ordem psicológica, o resultado desta hipótese vem corroborar os autores Petrie e Weinman (1997) que defendem que o *Coping* é também influenciado por factores de natureza psicológica (emocionais e cognitivos). No caso particular do *Stress*, vários autores referem-se às suas características, como sendo factores determinantes da EC adoptadas pelos indivíduos (PAIS RIBEIRO e RODRIGUES, 2004; ESCHENBECK [et al.], 2007).

Nesta linha de pensamento, este estudo vai de encontro ao defendido por estes autores. Quanto ao **Stress**, foi constatada a existência de relação entre este e o Planear, a Religião, a Auto-culpabilização e a Expressão de Sentimentos, sendo os indivíduos que referem sofrer de *stress* diariamente, os maiores utilizadores das estratégias centradas nas emoções (Utilizar Suporte Social e Religião). Relativamente à percepção de **esquema terapêutico complicado**, verificou-se que este exerce influência na adopção do *Coping* Activo, da Reinterpretação Positiva e da Auto-distracção. Constata-se também, que os indivíduos que dizem achar o seu esquema terapêutico complicado recorrem tendencialmente mais a estratégias centradas nas emoções e mais passivas (Religião, Negação e Desinvestimento comportamental), enquanto que, os que têm opinião contrária,

optam por estratégias mais activas (*Coping* Activo e Planear), ainda que também utilizem estratégias que visam o equilíbrio emocional.

Por último, na terceira hipótese enunciada no presente trabalho – **As EC predizem a ATF no doente com DCI**, foi analisada a possível correlação entre elas.

Vários autores referem a importância das EC face a situações de doença, de forma a reduzir as ameaças à integridade individual e conservar o equilíbrio emocional. Por outras palavras, se o diagnóstico for percebido como ameaçador para a manutenção do auto-conceito e estilo de vida, o doente, geralmente, actua de forma a reduzir a ameaça ou utiliza mecanismos que minimizam os efeitos emocionais desta, negando a condição actual, ou negando a sua importância (SOUSA [et al.], 2011). Baseando-se no facto de que a doença funciona como uma situação incomum e extrema, que conduz a um estado de crise, depreende-se que a forma como se irá efectuar a reorganização depende, em grande medida das EC utilizadas (SANTOS, 2004).

Neste estudo, quando correlacionadas as 14 dimensões do **Coping** com a escala **MAT**, obteve-se uma associação negativa muito baixa, em todas as dimensões e não se obteve uma correlação estatística significativa, ou seja, pode concluir-se que o modelo em causa não é explicativo, não tendo por isso valor preditivo.

Este achado vai ao encontro do que advoga Fumaz [et al] (2008) que num estudo transversal com pacientes infectados com HIV-1 e tratados com anti-retrovirais durante dez anos, não encontrou relação entre o uso de estratégias de *Coping* activas e a adequada adesão ao tratamento.

No entanto contraria, o que afirmam diversos autores, que defendem a existência de correlação entre o *Coping* e a adesão.

Sherbourne [et al] (1992, cit por SOUSA, 2003) concluíram, através de um estudo realizado com diabéticos, hipertensos e doentes cardíacos, que as EC são também factores de natureza psicológica que determinam da adesão.

Cooke [et al] (2007, cit por ALDEBOT e WEISMAN DE MAMANI, 2009) advogam que as EC podem ser consideradas como um dos factores que influenciam a ATF. Verificaram que a estratégia de negação influencia negativamente a adesão e que a aceitação não revelou influência neste comportamento.

O uso de EC, como as de *Coping* Activo, funcionam como suporte social interactivo, como um meio de confrontar a doença, fomentando o espírito de luta e o estoicismo, relacionando-se assim com uma maior adaptação psicossocial, auto-estima elevada, melhor

qualidade de vida e melhor adesão aos tratamentos (NORDIN e GLIMELIUS, 1998; SANTOS, 2004).

Faustino e Seidl (2010) referem-se a dois estudos de autores que sustentam que a avaliação das EC em contexto da adesão, decorre de que, a adesão aos tratamentos pode ser considerada como uma modalidade de *Coping* focada no problema. Advogam ainda que os indivíduos que adoptem estratégias de negação apresentam com frequência menores níveis de adesão.

Stephoe e O'Sullivan (1986 cit por MOFFATT, 2004) sustentam que estratégias activas ou passivas, têm sido associados à adesão ao tratamento. O uso da negação como uma delas pode ser particularmente prejudicial, pois enquanto o recurso a esta numa fase aguda pode ser útil, a longo prazo pode levar à fraca adesão (LAZARUS, 1985 cit por MOFFATT, 2004).

O facto de não se ter verificado uma correlação no presente estudo, não significa que as EC não sejam adequadas ou eficazes, na melhoria do comportamento de adesão. A eficácia do *Coping* deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e à gestão do problema que origina o desconforto. Neste sentido, as EC utilizadas têm que ir ao encontro dos valores, objectivos, convicções e estilos de *Coping* do indivíduo (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Para finalizar, é ainda de salientar, que embora a literatura aponte para que as variáveis sociais e psicológicas possam interferir no tipo de EC adoptadas, bem como, na adesão às terapêuticas (HOCKING e LOCHMAN, 2005), os investigadores sugerem alguma cautela na avaliação das situações pois, para além de múltiplos estudos padecerem de muitas limitações, estas variáveis estão, por sua vez, dependentes de muitas outras que interagem entre si, de diferentes modos, em diferentes contextos (SOUSA [et al.], 2011).



## 6 - CONCLUSÕES

A DCI é considerada a primeira causa de morte no mundo e a segunda em Portugal. Com um alto índice de mortalidade, ela é também responsável por elevadas taxas de incapacidade física e de diminuição da qualidade de vida do indivíduo, com repercussões dramáticas ao nível da saúde e da economia do país.

Vários autores são unânimes em concordar que seria possível evitar muitas das mortes prematuras atribuídas a esta patologia, através do controlo dos factores de risco a elas associados, nomeadamente a não adesão ao regime terapêutico, que é o objecto de estudo deste trabalho.

A não adesão ao tratamento farmacológico, na DCI, aumenta o risco de mortalidade após o evento coronário, pelo que o êxito do tratamento e controlo desta patologia depende intimamente da adesão do doente ao regime terapêutico instituído.

As reduzidas taxas de adesão constituem um dos graves problemas de saúde em todo o mundo e têm vindo a ocupar um lugar de destaque nas preocupações dos profissionais de saúde, pelas graves consequências que têm ao nível pessoal, social e económico. Este fenómeno afecta cerca de 50% dos indivíduos nos países mais desenvolvidos e industrializados e, no caso particular do doente com patologia cardíaca, a sua prevalência é também elevada.

A adesão à terapêutica sofre influência de vários agentes, como os factores sociais, económicos e culturais, os relacionados com os serviços de saúde e os profissionais de saúde, os relacionados com a doença e seu tratamento e factores intrínsecos ao doente. É nesta perspectiva, que desenvolver formas precisas para avaliar a adesão terapêutica e os factores que a determinam, se afigura de capital importância, no sentido de serem implementadas estratégias eficazes de controlo desses determinantes e se alcançar melhores níveis de adesão.

O *Coping* consiste num esforço intencional do indivíduo, para responder a situações consideradas stressantes, na tentativa de se adaptar e restabelecer o equilíbrio, sendo este afectado por vários factores, como as características sociodemográficas, da personalidade do indivíduo e do contexto de *stress*. A maioria dos indivíduos recorrem a todas elas para enfrentar os problemas, embora estes possam preferir umas, em detrimento de outras, de acordo com a situação. A análise dos agentes que condicionam este processo, permite

melhorar a adopção de estratégias mais eficazes e otimizar a gestão de situações de stress e de desconforto.

Favorecer a utilização das EC por parte dos doentes, têm sido uma das competências dos profissionais de saúde, nomeadamente dos profissionais de enfermagem. A implementação de intervenções, como a psicoterapia individual ou em grupo, a educação para a saúde; o treino de habilidades de *Coping*, a gestão de stress e o apoio psicológico, entre outras, melhoram o *Coping* e, por sua vez, a qualidade de vida do doente crónico. Sendo o enfermeiro, um profissional que ocupa um lugar de destaque na área da educação para a saúde, pode conhecer e implementar estas intervenções de apoio ao doente e, ensiná-lo a melhorar as EC a que recorre para fazer frente aos problemas.

A realização do presente trabalho teve como principal finalidade estudar o impacto das EC na ATF no doente com DCI e identificar os factores que interferem na adopção de determinadas EC, por parte dos indivíduos com DCI.

As características dos sujeitos portadores de DCI, que participaram neste estudo, são condicentes com as realidades sociodemográficas nacionais e com as características comuns deste tipo de doentes, referenciadas na literatura. A título de síntese, destacamos que os participantes são, maioritariamente, do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 48 e os 89 anos, sendo que, a idade média dos homens é inferior à das mulheres. Maioritariamente os sujeitos são casados, vivem com o cônjuge, possuem apenas o ensino primário, residem na cidade, são reformados e auferem um rendimento mensal inferior a 485 euros. A grande maioria dos sujeitos possui factores de risco associados à DCI. As comorbilidades mais referidas foram a Hiperdislipidémia, a Hipertensão Arterial, e a Diabetes Mellitus. Os sujeitos, principalmente os homens, referem hábitos alcoólicos, tabágicos e revelam sedentarismo, este mais notório no sexo feminino. A maioria dos sujeitos não refere existência de antecedentes familiares directos com DCI. O tipo de DCI, mais comum referido pelos sujeitos da amostra é o EAM, sendo que, na maioria dos casos apenas se constatou um único episódio. A totalidade dos sujeitos toma medicamentos para a prevenção secundária da DCI. Quanto à ATF, os homens apresentaram melhores níveis de adesão aos tratamentos.

Os resultados obtidos vêm demonstrar que existe uma relação entre as variáveis sociodemográficas (à excepção do meio de residência e do rendimento), o *stress* e a percepção de esquema terapêutico complicado e as EC adoptadas pelos sujeitos com DCI, sejam elas centradas no problema ou nas emoções. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por outros estudos, que validam a variação na adopção destas estratégias, de

acordo com as várias características sociodemográficas dos indivíduos e com aspectos de ordem psicológica.

No que concerne à relação entre as EC e a ATF em doentes com DCI, não foi possível determinar uma correlação estatisticamente significativa. Por conseguinte, o modelo em causa não é explicativo, nem tem valor preditivo. Estes dados são divergentes da maioria da literatura científica referente ao tema, na medida em que vários autores defendem que as EC adoptadas interferem directamente nos comportamentos de adesão terapêutica. Porém, existe alguma controvérsia neste debate, pois outros estudos sustentam que o *Coping*, por si só, não determina comportamentos de adesão e que a sua influência, a esse nível, é conseguida por via de capacitar o indivíduo a gerir estados de *stress*.

É ainda de salientar, que embora a literatura aponte para que as variáveis sociais e psicológicas possam interferir no tipo de EC adoptadas, bem como, na adesão às terapêuticas, os investigadores alvitram alguma cautela na avaliação destas situações, pois geralmente este tipo de estudo revela muitas limitações e estas variáveis estão dependentes de muitos outros factores, que interagem entre si, de formas distintas, consoante o contexto.

Apesar das diversas limitações deste estudo, pensa-se ter conseguido dar um contributo ao nível do conhecimento sobre a forma como as várias características dos doentes com DCI influenciam a adopção de EC, por parte destes e sobre a influência destas ao nível da ATF. É, no entanto, necessário ressaltar que tais limitações impedem a generalização dos resultados apresentados.

Avaliando as contribuições deste estudo, seria pertinente dar continuação ao desenvolvimento de investigação nestes domínios, nomeadamente ao nível da identificação de factores que favoreçam a adopção de EC mais eficazes em situações de doença crónica, de forma a capacitar o indivíduo a melhor gerir o *stress* delas decorrente. Por outro lado, seria também relevante, a realização de estudos longitudinais, que facultasse informação mais aprofundada, ao nível da ATF ao longo do processo da DCI.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHAVAL, Sofia de; SUAREZ-ALMAZOR, Maria E. - Improving Treatment Adherence in Patients with Rheumatologic Disease. The Journal of Musculoskeletal Medicine. n.º 27 n.º 10 (Out. 2010). p.1-9.

ALBERT, Nancy M. - Improving Medication Adherence in Chronic Cardiovascular Disease. American Association of Critical-Care Nurses. Vol. 28 (2008), p.54-64.

ALDEBOT, Stephanie B. A.; WEISMAN DE MAMANI, Amy G. - Denial and acceptance coping styles and medication adherence in schizophrenia. Journal of Nervous & Mental Disease [Em linha]. 197:8 (August 2009) 580-584. [Consult. 25/08/2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://search.proquest.com/docview/207369695/1327C95BFD2509D08E/1?accountid=29061>>.

AMARANTE, Carolina Forte ... [et al.] – Representa o sexo feminino um factor de risco para a revascularização do miocárdio (RM) em nosso meio? Revista Faculdade de Ciências Médicas. Sorocaba. Vol.11 n.º 2 (2009), p.12-15. ISSN: 1517-82-42.

ANTONIAZZI, Adriane Scomazzon; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; BANDEIRA, Denise Ruschel - O conceito de coping: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia. Vol. 3 n.º 2 (1998), p.273-294. ISSN: 1413-294X

ANTUNES, Ricardo – Classes Sociais e a desigualdade na saúde. Observatório das desigualdades. [em linha]. Lisboa: Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa, 2009. [Consult. 12/11/2011]. Disponível em: WWW:URL:<<http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=projects&id=88>>

BENSING, J.M... [et al.] - Adaptative tasks in multiple sclerosis: Development of na instrument to identify the focus of patient's coping Efforts. Psychology and Health. Vol 17 (2000), p. 475-488.

BLOUNT [et al.] - Evidence-based Assessment of Coping and Stress in Pediatric Psychology. Journal of Pediatric Psychology, Vol. 33 n.º 9 (2008), p. 1021-1045.

BUGALHO, António; CARNEIRO, António - **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas**. Lisboa: Centro de estudos de medicina baseada na evidência – Faculdade de medicina de Lisboa, 2004.

CABRAL, Manuel Villaverde; SILVA, Pedro Alcântara da - **A adesão terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas**. Lisboa: Associação Portuguesa da Indústria Portuguesa – APIFARMA, 2010.

CANDEIAS [et al] – **Princípios para uma Alimentação Saudável**. Lisboa. Ministério da Saúde, 2005. ISBN: 972-675-141-1.

CARVER, Charles S.; SCHEIER, Michael F.; WEINTRAUB, Jagdish Kumari (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 56, n.º 2 (1989), p.267-283.

CASTRO, Aldemar N.B.V.; MESQITA, Araújo M. – Não-adesão à terapêutica medicamentosa no glaucoma. Arquivo Brasileiro Oftalmologia. Vol. 71 n.º 2 (2008), p.207-14.

COMISSÃO PARA A IGUALDADE NO TRABALHO E NO EMPREGO. **Mulheres e homens: Trabalho, emprego e vida familiar – Alguns indicadores**. Publicações da Comissão para a Igualdade no Trabalho e Emprego. [Em linha]. Lisboa: CITE, 2008. [Consult. 8 Novembro 2011]. Disponível em <http://www.cite.gov.pt/pt/acite/mulheresehomens02.html>.

CORREIA, Beatriz R.; CAVALCANTE, Elder; SANTOS, Emerson- A prevalência de factores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. Ver. Brasil. Clin. Vol. 8 n.º 25 (2010), p.25-29.

CUNHA, Filipe Ricardo da Silva - **Qualidade de Vida e Coping do Doente de Parkinson e seu Cuidador após a Cirurgia Funcional de Parkinson**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2009. Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

DELGADO, Artur Barata; LIMA, Maria Luísa - Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psicologia, Saúde & Doença. Vol. 2 n.º 2 (2001), p.81-100.

DELL'AGIO, Débora Dalbosco – **O processo de Coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes**. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000. Tese apresentada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Instituto de Psicologia para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

DRAGESET S.; LINDSTROM T.C. - Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. Journal of Advanced Nursing. Vol. 51 n.º 3 (Agost. 2005), p.217-226.

ESCHENBECK, Heike.; KOHLMANN, Carl-Walter; LOHAUS, Arnold - Gender differences in coping strategies in children and adolescents. Journal of Individual Differences. Vol. 28 n.º 1 (2007), p.18-26.

FAUSTINO, Quintino de Medeiros; SEIDL, Eliane Maria Fleury - Intervenção Cognitivo-Comportamental e Adesão ao Tratamento em Pessoas com HIV/Aids. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol. 26 n.º 1 (2010), p.121-130

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S., GRUEN, Rand J.; DELONGIS, Anita - Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 50 n.º 3 (1986), p.571-579

FONSECA, António Manuel (2004). **Desenvolvimento humano e envelhecimento**. Lisboa: Climepsi Editores, 2004, 246p. ISBN: 978-972-796-156-6

FORTIN, Marie Fabienne. - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusociência, 2009, 595p. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FUMAZ, C.R. ... [et al.] - Adherence, coping strategies and depression in highly antiretroviral-experienced patients. Glasgow: BioMedCentral - Journal of the International AIDS Society. Vol.11 n.º 1 (2008), p.176. doi:10.1186/1758-2652-11-S1-P176.

FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA - **Colesterol. Cuidado com ele**. Publicações da Fundação Portuguesa de Cardiologia. [Em linha]. Lisboa: Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2009. [Consult. 8/11/2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.fpcardiologia.pt/publicacoes.aspx?tipo=>>

GOODMAN, S.Y; GILMAN, S.J. - **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 10ªed.Lisboa: Mc Graw Hill. 10ªed, 2005.

GURWITZ, J.H. ... [et al.] - The incidence of adverse drug in two large academic long-term care facilities. American Journal of Medicine. n.º 118 (2005).p.251-58

HENRIQUES, Maria Adriana Pereira - **Adesão ao regime terapêutico em idosos Revisão sistemática (2004-2006)**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Universidade de Lisboa, 2006. Tese de Doutoramento apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Universidade de Lisboa.

HERRMANN, M. ...[et al.] - Coping with illness after brain diseases – a comparison between patients with malignant brain tumors, stroke, Parkinson's disease and brain injury. Disability and Rehabilitation. Vol. 22 n.º 12 (Agost. 2000). p.539-546.

HO, P. Michael – **Prevalence of non adherence to cardiovascular medications**. In Circulation.net. [Em linha]. New Orleans, (November 2008). [Consult. 20/05/2011]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.incirculation.net/3430\\_101337.aspx?parentaid=101289](http://www.incirculation.net/3430_101337.aspx?parentaid=101289)>

HO, P.M.; BRYSON, C.L.; RUMSFELD, J.S. - Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. Circulation. Vol. 119, nº23 (Junho 2009), p. 3028-3035.

HOCKING, Matthew C.; LOCHMAN, John E. Lochman. - Applying the transactional stress and coping model to sickle cell disorder and insulindependent diabetes mellitus: identifying psychosocial variables related to adjustment and intervention. Clinical Child and Family Psychology Review. Vol. 8 n.º 3 (2005). p. 221-246.

HURTADO, Nelson Fernando Eugénio - Reabilitação pós infarto agudo [Em linha] Hospital das Clínicas da UFPE - Hospital Alfa, 2008. [Consult. 30 Setembro 2011]. Disponível em: WWW:URL:<[http://200.220.14.51/sbhci/aulas/xxx\\_cong\\_sbhci/19.06\\_15h00\\_NelsonRibeira.pdf](http://200.220.14.51/sbhci/aulas/xxx_cong_sbhci/19.06_15h00_NelsonRibeira.pdf)>

INSTITUTO DE EMPREGO E DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL - **Classificação Nacional de Profissões – CNP**. IEFP, [Em linha], Lisboa: IEFP, (s/d). [Consult. 29/09/2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.iefp.pt/IEFP/Paginas/Home.aspx>>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006**. Base de dados INE. [Em linha]. Lisboa: INE, 2007. [Consult. 5 Novembro 2011]. Disponível em WWW:<URL: [http://spdc.pt/files/4\\_inquerito\\_nacional\\_saude.pdf](http://spdc.pt/files/4_inquerito_nacional_saude.pdf)>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Óbitos (N.º) por Sexo e Causa de morte 2009**. Base de Dados INE [on-line]. Lisboa: INE, 2010). [Consult. 10 Out. 2011]. Disponível em WWW:URL:<[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001675&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001675&contexto=bd&selTab=tab2)>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2003b) - **Censos 2001**. Base de dados INE. [Em linha]. Lisboa: INE, 2003b. [Consult. 8 Nov. 2011]. Disponível em WWW:<URL: [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos\\_historia\\_pt\\_2001](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001)>.

KRAKOW ... [et al.] - Coping with Parkinson's Disease and Refractory Epilepsy: A Comparative Study. Journal of Nervous & Mental Disease. Vol. 187 n.º 8 (1999), p.503-508.

KRONISH Ian M., RIECKMANN, Nina, HALM, Ethan A. - Persistent depression affects adherence to secondary prevention behaviors after acute coronary symptoms. Journal of General Internal Medicine. Vol. 21 n. 11 (2006), p.1179–1983.

LAZARUS, Richard; FOLKMAN, Susan - **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984. 456p. ISBN-13: 978-082-614-191-0

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELOS, Maria da Penha Costa - **Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura**. Ciência & Saúde Colectiva. Vol. 8 n.º 3 (2003), p. 775-782.

LEON, Arthur S. ... [et al.] - Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. Circulation. Vol. 111 (2005), p.369-376. ISSN: 1524-4539

LIMA, Tácio de Mendonça; MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo; SOLER, Orenzio - Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude [online]. vol.1, n.2 (2010), p. 113-120. [Consult. 24 Out 2011]. Disponível em: WWW:<URL: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232010000200014&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000200014&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 2176-6223

LUNELLI, Rosana Pinheiro. ...[et al.] – Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronária. Acta paul. enferm. [online]. Vol. 22 n.º 4 (2009), p. 367-373. [Consult. 24 Out. 2011]. Disponível em: WWW:<URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400003&lng=en&nrm=iso)>. ISSN:0103-2100.

MACEDO, António; ROSA, Fernando - **O Síndrome Coronário Agudo nos Cuidados de Saúde Primários; Artigo de Revisão**. Acta Medica Portuguesa. Vol. 23 (Março/Abril 2010), p.213 – 222.

MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros**. Repositório Institucional da Universidade do Minho. Braga. [Em linha]. Braga: Universidade do Minho, 2009. [Consult. 12/12/2010]. Disponível em WWW:<URL:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf>>

MAIA, C. - Adesão à terapêutica: aspectos práticos em medicina familiar. Factores de Risco. Vol.3 (2008). p.42-45.

MAROCO, João - **Análise estatística com utilização do SPSS. 3ª ed. revista e aumentada**. Lisboa: Edições Sílabo, 2010. 822p. ISBN 978-972-618-452-2

MARTINS, Catarina Sousa Certal – O impacto do Suporte Social e dos Estilos de Coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com Lúpus. *Psicologia.com.pt* [Em linha] (2009) [Consult. 12/11/2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0339.pdf>>

MEINERS, M.M.M.A. - **Revisão Bibliográfica para a Identificação de Programas e Projectos Nacionais. Plano de Acção para Melhoria da Adesão ao Tratamento dos Portadores de DM e HA.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MELLO, Maria Lucília Mercês; BARRIAS, José; BRENDA, João – **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal.** Lisboa: Ministério da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-93-0.

MOFFATT, Christine J. - Understanding patient concordance in the management of leg ulcers. *Nursing times.net* [on-line]. Londres, Vol. 100, n.º 32 (August 2004) p.58. [Consult. 09/10/2011]. Disponível em WWW:URL:<<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/understanding-patient-concordance-in-the-management-of-leg-ulcers/204234.article>>

NASCIMENTO, José; JESUÍNO, Jorge Correia – **Atitudes e Representações Sociais em Saúde.** Observatório Português dos Sistemas de Saúde. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2003. [Consult. 10/11/2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/atitudes+e+representacoes+sociais+em+saude.pdf>>

NAVARRO, Siléa Calefi; CONEGERO, Celso Ivan – Os factores de risco da doença arteriosclerótica. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Vol.6 n.º3, (Set./Nov. 2002). p.151-56.

NORDIN, Karin; GLIMELIUS, B. - Reactions to gastrointestinal cancer: Variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognosis. *Psychooncology*. Vol. 7 n.º 5 (1998), p.413-423.

OIGMAN, Wille - Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*. Vol. 13 n.º 1 (Jan/Mar 2006). p.30-34.

OLIVEIRA, Isabel Tiago de - Mortalidade: Compressão, Deslocamento e Causas de morte (Portugal 1950-2006). *INE - Revista de Estudos Demográficos*. Vol. 48 (2010), p.35-62.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento.** Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. 71p.

Organización Mundial de la Salud - **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción.** Ginebra: OMS, 2004, 202p. ISBN 92 75 325499.

OSTERBERG, Lars; BLASCHKE, Terrence. - Adherence to medication. The New England Journal of Medicine. n.º 353 (Aug. 2005), p.487-497.

PAIS-RIBEIRO, José Luís - **Introdução à psicologia da saúde**. 1ª ed - Coimbra: Quarteto, 2005. 356p. ISBN: 989-558-045-2

PAIS-RIBEIRO, José Luís; RODRIGUES, A.P. - Questões acerca do Coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. Psicologia, Saúde & Doenças. Vol. 5, n.º 1 (Julho 2004). p.3-15. ISSN:1654-0086.

PEREIRA, Maria Regina; SANTOS, Aline; SAKAE, Thiago Mamôru – Thrombolysis syndrome evaluation in a private service in south Brazil. Rev. Soc. Brasil. Clín. Med. Vol.8, n.º 4 (Julh/Agost. 2010), p.25-29.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS** (5ªed.). Lisboa: Edições Sílabo, 2008. 692p. ISBN: 978-972-618-498-0.

PETRIE, Keith J., WEINMAN, John. - **Perceptions of health & illness**. In PETRIE, Keith J.; John K. Petrie, J. Perceptions of health and illness. Current research & applications. Singapore: Harwood Academic Publishers, 1997.

PORTUGAL. Ministério da Educação. Direcção Geral da Saúde (2007b) - **Alimentação saudável e sustentável**. Base de dados Ministério da Saúde [Em linha]. Lisboa: DGS, 2007 [Consult. 29/09/2011]. Disponível em WWW:<URL:[http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/profunc/alimnet\\_saud.pdf](http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/profunc/alimnet_saud.pdf)>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. – **Diabetes: Factos e Números 2009**. Observatório Nacional da Diabetes [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010. [Consult. 12/11/2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4747F2BE-D534-4983-9A94-C5B7066C9731/0/i012326.pdf>>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (2009). **Doenças cardiovasculares**. Portal da saúde [on-line]. Lisboa: DGS, 2009. [Consult. 9/11/2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/doencascardiavasculares.htm>>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – **Problemas ligados ao álcool**. **Portal da Saúde** [on-line], Lisboa: DGS, (s/d). [Consult. 29 Setembro 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/estilos+de+vida/alcoolismo.htm>>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2006b) - **Programa Nacional de Intervenção sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. Lisboa. Ministério da Saúde, 2006.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2007a) - **A actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar**. Base de dados Ministério da Saúde. [Em linha]. Lisboa.: DGS, 2007. [Consult. 29 Setembro 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.dgs.pt>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2007c) - **Princípios – chave de prevenção e controle da obesidade**. Base de dados Ministério da Saúde [Em linha]. (2007). Lisboa: DGS, 2007. [Consult. 29 Setembro 2011]. Disponível em WWW:URL:<http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. (2006a). **Programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares**. Lisboa: Ministério da Saúde Portugal, 2006.

RIBEIRO, Sónia – **Desigualdades socioeconómicas na doença cardiovascular em Portugal**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2011. Dissertação apresentada na Universidade Nova de Lisboa para obtenção do grau de mestre.

SALDANHA, Márcia Regina Cardeal Gutierrez – **Adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais pelos pacientes atendidos no centro de doenças infecto-parasitárias do bairro de Nova Bahia em Campo Grande – MS**. Mato Grosso do Sul: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2009. Dissertação apresentada na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para obtenção do grau de mestre. 2009.

SANTOS, Célia Samarina Vilaça de Brito - **Representação cognitiva e emocional, estratégias de Coping e qualidade de vida no doente oncológico e família**. Porto: Universidade do Porto, 2004. Tese de doutoramento apresentada na Universidade do Porto.

SANTOS, José Ferreira ... [et al.] - Registo nacional de síndromes coronárias agudas: sete anos de actividade em Portugal. Revista Portuguesa de Cardiologia. Vol. 28, n.º 12 (2009), p.1465-1500. ISSN: 0870-2551.

SANTOS, Maria Isabel Pereira dos. - **O doente com patologia múltipla em Medicina Geral e Familiar: comorbilidade de 4 doenças crónicas**. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, 2006. Tese de doutoramento apresentada na Faculdade de Ciências Médicas.

SANTOS, Ricardo ... [et al.] - Adesão à Terapêutica em Doentes com Patologia Cardíaca. Nursing. Lisboa. Ano 22, n.º 258 (Junho de 2010), p.11-20.

SCHNEIDER, Marie P. ... [et al.] - Adherence: a review of education, research, practice and policy in Switzerland. Pharmacy Practice. Vol. 7 n.º 2 (Abr./Junh. 2009), p.63-73. ISSN: 1886-3655.

SCHONNESSON, Lena Nilsson; ROSS, Michael W.; WILLIAMS, Mark L. - The HIV Medication Self-Reported Nonadherence Reasons (SNAR): Index and Its Underlying Psychological Dimensions. AIDS and Behavior. Vol. 8 (2004), p.293-301.

SOUSA, Maria Rui Grilo Correia de ... [et al.] - Coping e adesão ao regime terapêutico. Revista de Enfermagem Referência, III Sér n.º 4 (Julh. 2011), p151-160.

SOUSA, Maria Rui Miranda Grilo Correia de - **Estudo dos Conhecimentos e representações de doença associados à Adesão Terapêutica nos Diabéticos Tipo 2**. Braga: Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia, 2003. Dissertação de mestrado na área de Educação para a Saúde, apresentada na Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia.

TWAGIRUMUKIZA, Marc ... [et al.] 2010. Evaluation of medication adherence methods in the treatment of malaria in Rwandan infants. Malaria Journal. Vol.206, N.º 9 (2010).

VARELA, Margarida; LEAL, Isabel - Estratégias de Coping em mulheres com cancro da mama. Análise Psicológica. Vol. XXV, n.º 3 (2007), p.479-488.

VERMEIRE, E. ... [et al.]. Patient adherence to treatment: three decades of research. a comprehensive review. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. Vol. 26 (2001), p.331-345.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. [Em linha] (2003) 196 p.. [Consult. 29/10/2011]. Disponível em WWW:<URL:http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>. ISBN 92-4-154599-2

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Body Mass Index**. [Em linha]. Geneve: WHO, 2008. [Consult. 09 Nov. 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro3.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Cardiovascular diseases: World Health Organization – Europe** [Em linha]. Geneve: WHO, 2010. [Consult. 08 Dez. 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/diseases-and-conditions/cardiovascular-diseases>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **European Health Report – Europe**. [Em linha].  
Geneve: WHO, 2009. [Consult. 29/10/2011]. Disponível em  
WWW:<URL:URL:<<http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/file/0009/82386/E93103.pdf>>

## APÊNDICES



## APÊNDICE I – Caracterização Sociodemográfica da amostra.

A amostra em estudo é constituída por 110 indivíduos, e apresenta as seguintes características que se passa a descrever.

Quanto ao **Sexo**, a amostra em estudo é constituída por 68,2% de homens (n=75) e 31,8% de mulheres (n=35). (Quadro 1)

Relativamente à **Idade** dos sujeitos está compreendida entre os 48 e os 89 anos de idade. A sua média amostral é de 66 anos (dp=10) e o seu coeficiente de variação é de 14,76%, o que corresponde a uma fraca dispersão. A distribuição é simétrica (Sw/error = 0,27) e os valores de Kurtose indicam que a curva é mesocúrtica (Kw/error = - 1,21), o que permite dizer que estamos perante uma distribuição normal. (Tabela 1).

As médias de idade dos homens ( $\bar{X}$  =64; p=9) são inferior à das mulheres ( $\bar{X}$  =72; dp=10) e as diferenças entre ambos são estatisticamente significativas (t= - 4,15; p=0,00). (Tabela 1).

Tabela 1 – Estática da amostra de acordo com a Idade.

Idade	N	Min	Max	$\bar{X}$	dp	CV%	Kw/error	Sw/error	Levene's p	T	p
Masculino	75	48	85	64	9	13,86	-1,03	0,26	0,816	- 4,15	0,00
Feminino	35	51	89	72	10	13,58	-0,25	-0,82			
Total	110	48	89	66	10	14,76	-1,21	0,27			

t-Student  
p<0,005

Os indivíduos da amostra foram agrupados em quatro **Grupos etários**, permitindo constatar que a maioria dos indivíduos, 34,5% da amostra, tem idades compreendidas entre os 66-75 anos. Fazendo esta análise em função do sexo, constata-se que 40,0% dos homens se encontra na classe de idades dos 56-65 anos. Relativamente às mulheres, 42,9% encontram-se entre os 66-75 anos. (Quadro 1)

Ao agrupar os indivíduos em **Estado Marital** (Com e sem *companheiro*), verifica-se que a maioria dos inquiridos, 79,1%, tem *companheiro*, o que corresponde ao estado civil de *Casado* (77,3%) e *União de Facto* (1,8%). A maioria dos homens (90,7%) e das mulheres (54,3%) têm *companheiro*. (Quadro 1)

Quanto às **Habilitações Literárias**, a maioria dos indivíduos, 44,5%, possui o *Ensino primário*. Os indivíduos da amostra, sem grau de escolaridade, correspondente a *Não sabe ler nem escrever*, equivalem a uma percentagem de 16,4%, destes destaca-se que a maior percentagem é verificada entre as mulheres (45,7%). Contudo, analisando em função do sexo, 11,4% das mulheres possuem *Ensino Superior* e apenas 4,0% dos homens possui as mesmas habilitações. Os homens, maioritariamente (52,0%) possuem o *Ensino Primário*. **(Quadro 1)**

Os indivíduos da amostra **residem** maioritariamente na *Cidade*, 60,0%, distribuindo-se os restantes, pela aldeia (20,9%) e vila (19,1%) **(Quadro 1)**.

Analisando a **Situação laboral** do total da amostra pode-se inferir que apenas 16,3% dos indivíduos está empregado, ainda que 1,8% destes, se encontre de *Baixa médica*. Constata-se ainda que a maioria, 79,1% dos indivíduos desta amostra são *Reformados*. A maioria das mulheres (40,0%) estão desempregadas, enquanto no caso dos homens estes maioritariamente (66,7%) estão reformados **(Quadro 1)**.

De entre os indivíduos que se encontram a exercer actividade laboral na altura, verifica-se que a 31,3% pertence ao **Grupo profissional** do *Pessoal Administrativo e Similares*, seguindo-se 25% de *Pessoal não qualificado* **(Quadro 1)**.

Analisando a variável **Rendimentos Mensais**, verifica-se que a maioria dos indivíduos (50,9%) auferem um valor mensal *Inferior a 485 euros* (inferior ao ordenado mínimo nacional). Analisando quanto ao sexo, as mulheres encontram-se maioritariamente neste grupo de rendimentos, com uma percentagem de 65,7% **(Quadro 1)**.

Quanto à **Coabitação - Com quem Vive** da amostra, podemos observar no Quadro 1 que a maioria dos sujeitos, 62,7%, vive *Com cônjuge* e 10,0% vive *Sozinho*. Analisando em função do sexo pode constatar que a maioria dos homens (69,3%) e a maioria das mulheres (48,6%) vivem com o cônjuge e ainda que das mulheres 14,3%, versus 8,0% dos homens vivem *Sozinhos*.

**Quadro 1 - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis Sociodemográficas.**

Variáveis Sociodemográficas	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>	75	68,2	35	31,8	110	100
<b>Grupos Etários</b>						
[45-55 anos]	14	18,7	3	8,6	17	15,5
[56-65 anos]	30	40,0	5	14,3	35	31,8
[66-75 anos]	23	30,7	15	42,9	38	34,5

<i>Mais que 76 anos]</i>	8	10,7	12	34,3	20	18,2
<b>Estado Civil</b>						
<i>Solteiro</i>	0	0,0	1	2,9	1	0,9
<i>Casado</i>	66	88,0	19	54,3	85	77,3
<i>Viúvo</i>	5	6,7	13	37,1	18	16,4
<i>Divorciado</i>	2	2,7	2	5,7	4	3,6
<i>União de Facto</i>	2	2,7	0	0,0	2	1,8
<b>Estado marital - Com companheiro</b>						
<i>Sim</i>	68	90,7	19	54,3	87	79,1
<i>Não</i>	7	9,3	16	45,7	23	20,9
<b>Habilitações Literárias</b>						
<i>Não sabe ler nem escrever</i>	2	2,7	16	45,7	18	16,4
<i>Ensino primário</i>	39	52,0	10	28,6	49	44,5
<i>Ensino Básico</i>	16	21,3	3	8,6	19	17,3
<i>Ensino Secundário</i>	15	20,0	2	5,7	17	15,5
<i>Ensino Superior</i>	3	4,0	4	11,4	7	6,4
<b>Residência</b>						
<i>Aldeia</i>	16	21,3	7	20,0	23	20,9
<i>Vila</i>	16	21,3	5	14,3	21	19,1
<i>Cidade</i>	43	57,3	23	65,7	66	60,0
<b>Situação Laboral</b>						
<i>Empregado</i>	12	16,0	4	11,4	16	14,5
<i>Desempregado</i>	3	4,0	2	5,7	5	4,5
<i>Baixa Médica</i>	2	2,7	0	0,0	2	1,8
<i>Reformado</i>	58	77,3	29	82,9	87	79,1
<b>Grupos Profissionais</b>						
<i>Quadros Superiores de Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa</i>	1	8,3	2	50,0	3	18,8
<i>Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio</i>	0	0,0	1	25,0	1	6,3
<i>Pessoal Administrativo e Similares</i>	4	33,3	1	25,0	5	31,3
<i>Pessoal dos Serviços e Vendedores</i>	2	16,7	0	0,0	2	12,5
<i>Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem</i>	1	8,3	0	0,0	1	6,3
<i>Trabalhadores Não Qualificados</i>	4	33,3	0	0,0	4	25,0
<b>Rendimento Mensal</b>						
<i>Inferior a 485 euros</i>	33	44,0	23	65,7	56	50,9
<i>Entre 485 e menos de 970 euros</i>	26	34,7	6	17,1	32	29,1
<i>Entre 970 e menos de 1455 euros</i>	9	12,0	1	2,9	10	9,1
<i>Igual ou superior a 1455 euros</i>	7	9,3	5	14,3	12	10,9
<b>Coabitação - com quem vive</b>						
<i>Sozinho</i>	6	8,0	5	14,3	11	10
<i>Com o Cônjuge</i>	52	69,3	17	48,6	69	62,7
<i>Com os filhos e cônjuge</i>	14	18,7	7	20,0	21	19,1
<i>Com os filhos</i>	0	0,0	6	17,1	6	5,5
<i>Família Alargada</i>	3	4,0	0	0,0	3	2,7



## APÊNDICE II - Questionário



### APÊNDICE III – Conceptualização e Operacionalização das variáveis

**Idade** - Definida como períodos de tempo, cujos limites variam conforme os autores. Esta variável foi avaliada por uma questão aberta, tendo sido considerada a idade dos participantes, no dia da avaliação. Na análise descritiva foi operacionalizada em classes, numa amplitude de variação de 10 anos, a fim de facilitar a comparação entre os sujeitos (45-55 anos, 56-65 anos, 66-75 anos, Mais de 76 anos).

**Sexo** - Entende-se por sexo, o conjunto de características físicas e funcionais que distinguem o masculino do feminino. Esta variável foi mensurada através de uma questão fechada e foi operacionalizada como nominal dicotómica, possuindo apenas duas categorias: Masculino e Feminino.

**Estado civil** - O estado civil traduz-se no modo de ser ou estar, na circunstância em que se está e se permanece. Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada e operacionalizada como uma variável nominal de cinco níveis (solteiro, casado, viúvo, divorciado e união de facto). Para a análise estatística foi valorizado apenas o facto de ter (casado e união de facto) ou não ter companheiro (as restantes), tendo sido criada uma nova variável *Estado Marital*.

**Habilitações literárias** - Definida como o conjunto de qualificações académicas. Esta variável foi medida através de uma pergunta fechada e tratada como uma variável nominal de quatro opções de escolha. Na análise estatística foi operacionalizada em: não sabe ler nem escrever, ensino primário, ensino básico, ensino secundário e ensino superior.

**Residência** - Definida como o lugar, domicílio onde se mora habitualmente. Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada, com três tipos de resposta: aldeia, vila e cidade. Para a realização da análise inferencial, esta variável foi transformada em **Meio de residência**, na qual os sujeitos foram agrupados como vivendo em meio urbano (os que vivem na cidade) e em meio rural (os que vivem em vilas ou aldeias).

**Situação Laboral** - A situação profissional da nossa amostra foi avaliada através de uma questão fechada e tratada como uma variável nominal com 4 opções de escolha. Para a análise estatística foi operacionalizada em: empregado, desempregado, baixa médica e reformado. Para facilitar a análise inferencial, esta variável foi operacionalizada numa outra, a **Actividade Laboral**. Nesta variável, os indivíduos empregados foram designados por “activos” e os restantes agrupados como “inactivos”.

**Profissão** - É definida como o exercício habitual de uma actividade económica como meio de vida. Esta variável foi medida através de uma pergunta aberta, a fim de conhecer a profissão. Posteriormente, procedeu-se à recodificação da mesma, em grupos profissionais segundo a Classificação Nacional de Profissões do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP, s/d):

Grupo 1 - Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa

Grupo 3 - Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio

Grupo 4 - Pessoal Administrativo e Similares

Grupo 5 - Pessoal dos Serviços e Vendedores

Grupo 8 - Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem

Grupo 9 - Trabalhadores Não Qualificados

Os restantes grupos profissionais considerados pelo Instituto do emprego e Formação Profissional foram excluídos, devido à inexistência de indivíduos da nossa amostra que neles se incluíssem.

**Rendimento mensal** - Considera-se rendimento mensal a remuneração de um factor produtivo (salário, renda, juro, lucro). Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada, com 5 possibilidades de resposta: menos de 485 euros, entre 485 e 970 euros, entre 970 e 1455 euros, Igual ou superior a 1455.

Esta variável foi transformada noutra designada por **Rendimento**, na qual os sujeitos foram agrupados em “Inferior a 970 euros” e “Igual ou superior a 970 euros”, para facilitar a análise inferencial.

**Coabitação** – “Com quem vive” - Entende-se por coabitação, as relações de convivência de duas ou mais pessoas, que vivem em comum. Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta “Com quem vive” e para a sua operacionalização consideramos: “Sozinho”, “Com o conjugue”, “Com os filhos e conjugue”, “Com os filhos” e “Família alargada”.

**Estilos de vida** – Estilos de vida é um conceito amplo, que consiste numa expressão que se refere à estratificação da sociedade por meio de aspectos comportamentais, expressos geralmente sob a forma de padrões de consumo, rotinas, hábitos ou uma forma de vida adaptada ao dia-a-dia. A operacionalização desta variável foi efectuada através da fusão de vários factores como o consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares e stress

– **Consumo de álcool** – Entende-se por bebida alcoólica, toda a bebida que tenha álcool etílico ou etanol. A fim de quantificar o consumo de álcool foi utilizado o conceito de bebida padrão. Apesar das bebidas alcoólicas terem diferentes graduações, os copos habitualmente usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool, correspondendo a uma unidade bebida padrão (cerca de 10-12 gramas de álcool). O consumo superior a 20 gramas de álcool (2 unidades/dia) e superior a cinco dias por semana é prejudicial para a saúde (PORTUGAL, s/d; MELLO; BARRIAS; BRENDA, 2001). No estudo utilizou-se as variáveis do questionário “*costuma ingerir bebidas alcoólicas*”, “*habitualmente com que frequência ingere bebidas alcoólicas*” e “*qual a quantidade de bebidas alcoólicas que bebe*” de forma a determinar o índice numérico de consumo (total de bebidas alcoólicas) baseado nos critérios empíricos que a seguir se apresentam (**Quadro 2**).

**Quadro 2 – Operacionalização do Índice de Bebidas alcoólicas.**

<b>Índice de ingestão de bebidas alcoólicas</b>	<b>Cotação</b>
Costuma ingerir bebidas alcoólicas	
Não	1
Sim	2
Com que frequência ingere bebidas alcoólicas	
Nunca	1
Raramente	2
Só em festas	3
Ao fim de semana	4
Todos os dias	5
Qual a quantidade de bebidas que ingere habitualmente	
Nenhuma	1
Sim, 1-2 copos	2
Sim, até 1 litro	3
Sim, Mais de 1 litro	4

**Fonte: Elaboração própria.**

– **Tabagismo** - Tabagismo é definido a dependência do consumo de tabaco. De acordo com dados da Direcção Geral de Saúde (PORTUGAL, 2006b), o tabagismo favorece o aparecimento da Angina de Peito, do EAM e da Doença Arterial Periférica.

Para a obtenção do índice de consumo de tabaco (**Quadro 3**) utilizaram-se as seguintes questões: “*Costuma fumar habitualmente*” e “*Quantos cigarros fuma, normalmente, por dia*”.

**Quadro 3 – Operacionalização do Índice de Consumo de Tabaco.**

Índice de consumo de tabaco	Cotação
Nunca fumei	1
Já fumei mas parei	2
Fumo ocasionalmente	3
Fumo todos os dias menos de 5 cigarros por dia	4
Fumo todos os dias entre 5-10 cigarros por dia	5
Fumo todos os dias mais de 10 cigarros por dia	6

Fonte: Elaboração própria.

O índice de tabagismo varia entre o valor mínimo de 1 e máximo de 6. Quanto menor a pontuação melhor o estilo de vida no que respeita ao consumo de tabaco.

– **Actividade física** - De acordo com a Direcção Geral de Saúde (PORTUGAL, 2007a), a prática de pelo menos 30 minutos de actividade física moderada, diária e cumulativa, proporciona geralmente benefícios consideráveis para a saúde.

Para a obtenção do índice de exercício físico (**Quadro 4**) praticado utilizaram-se as seguintes questões: “*pratica exercício físico*”, “*quantas vezes*” e qual a “*duração de cada sessão*”.

**Quadro 4 – Operacionalização do Índice de Exercício Físico.**

Índice de exercício físico	Cotação
Pratica exercício físico	
Não	1
Sim	2
Quantas vezes	
6-7 vezes por semana	1
4-5 vezes por semana	2
2-3 vezes por semana	3
1 vez por semana	4
Ocasionalmente	5
Nenhuma	6
Duração de cada sessão	
Mais de 45 minutos	1
35-45 minutos	2
25-35 minutos	3
Menos de 25 minutos	4
Nada	5

Fonte: Elaboração própria.

O índice de prática de exercício físico varia entre o valor mínimo de 3 e máximo de 13. Quanto menor a pontuação melhor o estilo de vida no que respeita ao sedentarismo.

– Hábitos alimentares - É considerado como hábito alimentar saudável, o consumo alimentos de vários grupos alimentares, de forma equilibrada (5 a 6 refeições diárias) e respeitando as necessidades de cada pessoa (PORTUGAL, 2007b).

Para a operacionalização da variável “*hábitos alimentares*” consideramos a “*frequência de refeições diárias durante uma semana*” e a “*frequência de consumo de alimentos durante uma semana*”.

Quanto à “*Frequência de refeições diárias*”, partindo do pressuposto que a ingestão de alimentos deve ser repartida ao longo do dia, definimos como 6, o número ideal de refeições diárias: pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia. O índice de refeições (**Quadro 5**) varia entre o valor mínimo de 6 e o máximo de 24, quanto menor o valor, melhor o estilo de vida relativamente ao número de refeições diárias.

**Quadro 5 – Operacionalização da Frequência de Refeições diárias.**

Frequência de refeições	Cotação			
	Todos os dias	4 – 6 dias/semana	1-3 dias/semana	Nunca ou quase nunca
Pequeno-almoço	1	2	3	4
Meio da manhã	1	2	3	4
Almoço	1	2	3	4
Merenda/lanche	1	2	3	4
Jantar	1	2	3	4
Ceia	1	2	3	4

**Fonte:** Elaboração própria.

Uma alimentação saudável implica variedade de alimentos e não significa erradicar totalmente os alimentos menos saudáveis de que gostamos, mas sim, consumi-los excepcionalmente. A maior fonte de calorias ingeridas deve ser provenientes dos alimentos de origem vegetal, as gorduras devem ser limitadas e deve-se preferir peixe e carnes magras (CANDEIAS [et al.], 2005)

Para a operacionalização da variável “*Frequência de consumo de alimentos durante uma semana*” agrupamos os alimentos em saudáveis, não saudáveis e intermédios (**Quadro 6**).

É de salientar que os alimentos “*ovos e queijo*” foram cotados com a pontuação máxima de 3 em “*todos os dias*” e em “*nunca ou quase nunca*”, pois os malefícios da sua ingestão diária poderão ser semelhantes à sua exclusão da alimentação semanal.

Quadro 6 – Operacionalização da Frequência de Consumo de alimentos.

Frequência consumo de alimentos	Cotação			
	Todos os dias	4-6 dias/semana	1-3 dias/semana	Nunca ou quase nunca
Café/chá	1	2	3	4
Frutos frescos	1	2	3	4
Coca-Cola ou outras bebidas gaseificadas	4	3	2	1
Doços ou guloseimas	4	3	2	1
Verduras e hortaliças	1	2	3	4
Frutos secos	1	2	3	4
Fritos ex: batatas fritas	4	3	2	1
Sopas instantâneas	4	3	2	1
Hambúrgueres, salsichas	4	3	2	1
Pão integral ou de centeio	1	2	3	4
Sumos naturais	1	2	3	4
Enchidos (chouriço, presunto, etc)	4	3	2	1
Leguminosas (feijão ervilha, favas, etc.)	1	2	3	4
Margarinas, manteigas e óleos	4	3	2	1
Iogurtes	1	2	3	4
Queijo	3	2	1	3
Carnes vermelhas (porco, vaca, ...)	4	3	2	1
Carnes brancas (frango, peru, ...)	1	2	3	4
Peixe	1	2	3	4
Ovos	3	2	1	3

Fonte: Elaboração própria.

O índice de alimentos saudáveis varia entre o valor mínimo de 20 e máximo de 78. Quanto menor a pontuação, melhor o estilo de vida, relativamente à ingestão de alimentos saudáveis.

– Stress - O *stress* pode ser definido como o conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas, provocadas por agentes diversos, que prejudicam ou impedem a realização normal do trabalho. Uma má gestão do *stress* leva a um estado de ansiedade e *stress* que condiciona a saúde física e mental.

Com base na questão “*Considera que sofre de stress diariamente?*”, operacionalizou-se esta variável, como variável dicotómica, com duas hipóteses de resposta, “*não*” e “*sim*”, com a seguinte cotação, 1 e 2 respectivamente.

Do somatório dos índices parcelares das subescalas resulta o valor global dos estilos de vida, que apresenta um valor mínimo de 34 e um valor máximo de 136. De acordo com a tendência de resposta, quanto menor for este índice, melhor é o estilo de vida.

Com base no Método dos Grupos Extremos Revisto preconizado por Pestana e Gageiro (2008), utilizando a fórmula [valor médio  $\pm$  0,25 x desvio padrão], foram constituídos três grupos de estilos de vida, que permitirão a seguinte classificação (**Quadro 8**):

**Quadro 7 – Classificação de Estilos de vida.**

Equilibrados	( $\leq M - 0,25$ dp)
Intermédios	( $> M - 0,25$ dp e $< M + 0,25$ dp)
Desequilibrados	( $\geq M + 0,25$ dp)

Fonte: Elaboração própria.

**Obesidade – IMC** - A obesidade consiste num estado patológico caracterizado pela acumulação excessiva de gordura no organismo e pelo aumento de peso. O IMC é uma medida internacional usada para calcular se uma pessoa está no peso ideal. (PORTUGAL, 2007c). Para cálculo do IMC dos sujeitos, foi utilizada a balança hospitalar “Seca 761” para avaliar peso e a altura. O cálculo do IMC foi obtido através da fórmula:  $IMC = \frac{Peso (kg)}{Altura^2 (m)}$

O IMC foi classificado segundo WHO (2008) (**Quadro 9**):

**Quadro 8 – Classificação do IMC.**

IMC > 18,5 < 24,9	Saudável
IMC > 25 < 29,9	Pré-obesidade
IMC > 30 < 34,9	Obesidade moderada
IMC > 35 < 39,9	Obesidade clínica
IMC > 40	Obesidade mórbida

Fonte: WHO (2008)

**Percepção do tipo de alimentação** - Para avaliar a percepção do tipo de alimentação dos sujeitos do nosso estudo foi elaborado uma pergunta fechada com 5 possibilidades de resposta: “*muito saudável*”, “*tão saudável como o recomendado*”, “*moderadamente saudável*”, “*ligeiramente saudável*” e “*pouco saudável ou nada saudável*”.

**Acessibilidade aos Serviços de Saúde** - O acesso aos serviços de saúde refere-se à possibilidade de o doente de obter cuidados de saúde apropriados e pode ser influenciado por diversos factores (financeiros, os geográficos - distância que têm de percorrer para terem acesso a cuidados, os organizacionais - má distribuição e/ou falta de profissionais de saúde, sociológicos - discriminação, barreiras linguísticas e também os culturais. (NASCIMENTO; JESUÍNO, 2003). Neste contexto a avaliação desta variável foi concretizada através de três perguntas, uma aberta “*Qual a distância do domicílio ao hospital/centro de saúde*” e 2 fechadas: “*Tem dificuldade em se deslocar ao local da sua consulta*”, com resposta foi dicotómica, “sim/não” e outra relativamente às causas possíveis da dificuldade no acesso, cujas possíveis respostas são: “*a distância é grande para ir a pé*”;

“*tem afazeres domésticos, com casa ou filhos*”; “*custo financeiro*”; “*precisa de transporte*”; “*necessidade de acompanhante*”; e “*não pode faltar ao trabalho*”.

**Acompanhamento Médico** - Foi elaborada uma pergunta fechada com 5 possibilidades de resposta, de forma a aferir se as opções de resposta vão de encontro à realidade que julgamos existir no nosso contexto populacional. As opções colocadas foram: “*médico de família*”, “*médico particular*”, “*cardiologista do hospital*”, “*medicina intensiva do hospital*” e “*medicina interna do hospital*”.

**Periodicidade das consultas** - Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta, posteriormente transformada em questão fechada, com 4 possibilidades de resposta (mensal, trimestral, semestral, anual e bianual), de forma a facilitar a sua análise.

**Número de consulta** - Esta variável foi operacionalizada através de uma questão fechada, com 3 possibilidades de resposta: “*está adequado*”, “*deveria ter mais consultas*” e “*deveria ter menos*”.

**Frequência das Consultas** - Para aferir esta variável foi colocada uma questão fechada com três possibilidades de resposta: “*sempre*”, “*quando sente necessidade*” e “*raramente*”.

**Frequência de um programa de Reabilitação Cardíaca** - A reabilitação cardíaca consiste numa intervenção terapêutica com benefícios comprovados na redução da mortalidade e morbidade e com análises de custo-benefício muito favoráveis. No entanto, e apesar dos seus benefícios, a taxa de admissão dos programas de Reabilitação Cardíaca após Enfarte do Miocárdio, ainda é muito inferior ao desejável, variando apenas entre 20 e os 50% (LEON, 2005). Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada e operacionalizada como variável nominal dicotómica, “sim/não”.

#### **Relacionamento com o profissional de saúde –**

Alguns estudos demonstraram que a satisfação do doente relativamente à relação com os profissionais de saúde tem um impacto significativo na adesão ao tratamento, interferindo na adopção das instruções e recomendações do profissional de saúde,

mediante as suas expectativas neste relacionamento (GOODMAN e GILMAN, 2005). Esta variável foi avaliada através de 2 questões fechadas, “*Como é o seu relacionamento com o(s) Enfermeiro(s)*” e “*Como é o seu relacionamento com o(s) Médico(s)*”, existindo a possibilidade de 3 tipos de resposta: “*bom*”, “*mau*” e “*indiferente*”.

**Profissional de Saúde que Fornece a Informação** - No que se refere ao profissional que fornece a informação, esta variável foi operacionalizada através de uma questão fechada com 3 possibilidades de resposta: “*médico*”, “*enfermeiro*” e “*farmacêutico*”.

**Tipo de DCI** - A DCI é provocada por depósitos ateroscleróticos que conduzem à redução do lúmen das artérias coronárias. O estreitamento pode causar Angina de Peito ou Enfarte de Miocárdio se, em vez de redução do lúmen arterial, se verificar a obstrução total do vaso.

Esta variável foi avaliada recorrendo ao processo clínico dos indivíduos de forma a identificar o diagnóstico médico, o qual foi posteriormente transcrito para o nosso formulário. De modo a facilitar a sua operacionalização, e visto ter-se encontrado doentes com o diagnóstico de DCI, mas com as duas manifestações da doença (EAM e Angina de Peito Instável) consideramos as seguintes hipóteses: “enfarte agudo do miocárdio”, “angina instável” e “enfarte agudo do miocárdio e angina instável”.

**Ano de Diagnóstico da SCA** - Relativamente ao ano de diagnóstico de doença cardíaca, foi realizada uma questão fechada, “há quanto tempo ocorreu o 1º episódio de SCA?”, tendo 2 opções de resposta: “até 5 anos atrás” e “há mais de 5 anos”.

**Número de episódios de SCA** - Para avaliarmos esta variável foi colocada uma questão fechada com 3 possibilidades de resposta: “não”, “sim, mais 1” e “sim, mais 2”.

**Tempo de ocorrência dos episódios de SCA** - Para operacionalizar esta variável foram usadas 2 questões fechadas: “há quanto tempo ocorreu o 2º Episódio” e “há quanto tempo ocorreu o 3º Episódio”, ambas com 2 possibilidades de resposta (“até 5 anos atrás” e “há mais de 5 anos”).

**Doenças Associadas** - Os doentes com doenças crónicas e em particular os doentes com DCI, possuem elevadas percentagens de comorbilidades, nomeadamente HTA, Diabetes, hiperdislipidémia e doenças vasculares, que têm implicação na génese da DCI e nas suas recidivas (SANTOS, 2006). Esta variável foi medida através de uma questão fechada e operacionalizada como uma variável nominal dicotómica, com 2 possibilidades de resposta (“sim” e “não”). Perante resposta positiva, o inquirido seleccionou uma ou mais das seguintes opções: HTA, diabetes, hiperdislipidémia, AVC e outras doenças.

**Familiar directo com DCI** - É importante saber o histórico familiar de DCI, uma vez que a hereditariedade é um factor de risco associado doença. O risco de desenvolver doença coronária é maior, se o indivíduo tiver familiares próximos (pai, mãe ou irmãos) que desenvolveram a doença, antes dos 55 anos de idade.

Esta variável foi avaliada através da pergunta “Tem algum familiar directo (Pai, mãe, irmão) com DCI?”, como variável dicotómica com resposta “Sim e Não”.

**Limitação Física** - Com o objectivo de estimar a “limitação física”, foi utilizado o sistema de classificação funcional definido pela New York Heart Association (NYHA). Este sistema proporciona um meio simples de classificar a extensão da insuficiência cardíaca. Esta variável foi operacionalizada através de uma questão fechada com 5 tipos de resposta: “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” e “Severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso”.

**Medicação Habitual** - No tratamento do doente com DCI, é fundamental um acompanhamento terapêutico contínuo. O tratamento inclui Anti-agregantes plaquetários, Beta-bloqueantes, Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECAS), reduzem a dilatação ventricular e estatinas que reduzem e/ou previnem a hipercolestorémia (HURTADO, 2008). A variável Medicação Habitual tomada para a DCI foi avaliada através de 6 questões fechadas, operacionalizadas como variáveis nominais dicotómicas (sim, não), nas quais foi averiguado se os participantes tomavam estatinas, anti-agregantes plaquetários, beta-bloqueantes, IECAS e ainda outro tipo de medicação.

**Tempo de toma da medicação** - Para avaliação desta variável foi realizada uma pergunta aberta “Há quanto tempo toma essa medicação para a Doença Cardíaca Isquémica?”. Posteriormente, para facilitar a sua operacionalização foram constituídas classes com base em intervalos de tempo em anos: “menos de meio ano”, “entre meio ano e menos de 1 ano”, “entre 1 ano e menos de 2 anos”, “entre 2 anos e menos de 3 anos”, “entre 3 anos e menos de 4 anos”, “entre 4 anos e menos de 5 anos” e “mais de 5 anos”.

**Número de comprimidos/dia** - A elevada e variada dosagem de medicamentos por dia nos doentes com DCI, pode contribuir para um menor comprometimento com o tratamento (Cabral e Silva, 2008).

Para medir esta variável foi realizada uma questão aberta: “número total de comprimidos que toma por dia” e foi operacionalizada como variável contínua.

#### **Esquema terapêutico complicado**

A apreciação desta variável foi efectuada através de uma questão fechada, “acha o seu esquema terapêutico complicado?” e operacionalizada como uma variável nominal dicotómica “sim, não”.

**Interrupção da medicação** - A interrupção da medicação constitui, provavelmente, a mais importante causa de insucesso das terapêuticas, introduzindo disfunções no sistema de saúde, através do aumento da morbilidade e da mortalidade (MACHADO, 2009). Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada, “alguma vez interrompeu a prescrição terapêutica por iniciativa própria?”, com duas possibilidades de resposta, “sim e não” e a uma questão aberta, “qual o motivo”?

**Custo Mensal da medicação** - Os factores socioeconómicos, como o baixo rendimento, o desemprego ou a falta de estabilidade no emprego podem constituir barreiras significativas a uma efectiva adesão terapêutica (Cabral e Silva, 2008). Esta variável foi mensurada através da colocação de uma questão fechada, com 4 opções de resposta: “sem custos”, “entre 1 e 40 euros”, “entre 41 e 80 euros” e “mais de 81 euros”.

**Efeito indesejado da medicação** - Os efeitos secundários podem contribuir igualmente, para limitar o grau de adesão (CABRAL E SILVA, 2008). Esta variável foi

avaliada através de 1 questão fechada, “apresentou algum efeito indesejado com a medicação?”, a qual foi operacionalizada como uma variável nominal dicotômica. Em situação de resposta afirmativa, foi colocada uma questão aberta, “Se sim, quais?”. De forma a facilitar a operacionalização da questão aberta foram agrupadas as respostas em: “palpitações”, “fraqueza/fadiga”, “cefaleias”, “náuseas”, “impotência/frigidez”, “equimoses”, “alterações intestinais” e “alergias”.

**APÊNDICE IV – Autorizações****a) 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 Augusto, Carla Antunes, Olga Saraiva e Sílvia Pina

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: \_\_\_\_\_

## b) Autorizações dos autores das escalas MAT e Brief COPE

### MAT

----- Mensagem enviada de Luisa Lima <[Luisa.Lima@iscte.pt](mailto:Luisa.Lima@iscte.pt)> -----

Data: Thu, 30 Dec 2010 14:19:40 -0000

De: Luisa Lima <[Luisa.Lima@iscte.pt](mailto:Luisa.Lima@iscte.pt)>

Responder Para: [Luisa.Lima@iscte.pt](mailto:Luisa.Lima@iscte.pt)

Assunto: RE: Medida de adesão aos tratamentos

Para: [cs.antunes@gmail.pt](mailto:cs.antunes@gmail.pt)

Boa tarde Carla,

Obrigada pelo seu interesse na nossa escala.

Claro que pode utilizar. Não temos dados normativos para além dos que indicamos no artigo, pelo que não lhe posso dar nenhum valor testado empiricamente sobre o que seriam bons níveis de adesão.

Boas festas para si também.

Luisa Lima

-----Mensagem original-----

De: [cs.antunes@gmail.pt](mailto:cs.antunes@gmail.pt) [mailto:[cs.antunes@gmail.pt](mailto:cs.antunes@gmail.pt)]

Enviada: quinta-feira, 30 de Dezembro de 2010 12:50

Para: [lpl@iscte.pt](mailto:lpl@iscte.pt)

Assunto: **Medida de adesão aos tratamentos**

Bom dia Dr. Maria Luisa, o meu nome é Carla Antunes e sou enfermeira no CHCBeira, EPE. Neste momento encontro-me a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESSViseu e estou a trabalhar na minha tese que tem por objectivo determinar a influência das Estratégias de Coping na adesão terapêutica do doente com doença coronária isquémica. Para tal venho por este meio pedir autorização para usar a escala Medida de Adesão aos Tratamentos e pedir apoio na operacionalização. No artigo consultado refere que, o nível de adesão se obtém somando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Os valores mais elevados significam maior nível de adesão. Não existe um valor a partir do qual se considera "bom nível de adesão?"

Grata pela disponibilidade, Carla Antunes.

Boas Festas.

**Brief COPE**

-----Mensagem original-----

De: José Luis Pais Ribeiro [mailto:[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)]

Enviada: sábado, 12 de Março de 2011 11:59

Para: Carla Antunes

Assunto: Re:

Bom dia

Autorizo a utilização da escala do **Brief Cope** para o seu estudo.

Se abrir a minha página (na morada abaixo) na secção publications a referência 107 dá acesso ao texto de validação que pede.

José Luis Pais Ribeiro [jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

-----Mensagem original-----

De: Carla Antunes [mailto:[cs.antunes@gmail.com](mailto:cs.antunes@gmail.com)]

Enviada: Quinta-feira, 10 de Março de 2011 23:21

Para: '[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)'

Assunto: RE:

> Boa noite Ex.mo Prof. Doutor Pais Ribeiro.

> O meu nome é Carla Antunes, sou enfermeira no Centro Hospitalar Cova da Beira e é na condição de aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, que venho por este meio pedir a sua gentil colaboração.

Pretendo realizar um estudo acerca da Influência das estratégias de coping no comportamento de adesão à medicação em doentes com cardiopatia isquémica, para o qual seleccionei o questionário do Brief Cope validado pelo Sr. Prof. Doutor, como instrumento de colheita de dados. Assim, venho solicitar-lhe autorização de utilização para este fim e, se possível, que me facultasse a sua forma de formulação e operacionalização.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade

> Deixo o meu contacto pessoal 966473037 e o email é [cs.antunes@gmail.com](mailto:cs.antunes@gmail.com) .

>Atenciosamente

>

> Carla Antunes



## APÊNDICE V: Análise Descritiva.

Tabela 2 - Caracterização do valor total dos estilos de vida da amostra.

Total dos Estilos de vida	N	Min.	Max.	$\bar{X}$	Dp	CV%	Sw/error	Kw/error	Levene's p	T	p
Masculino	75	67	102	84,57	7,68	9,08	-0,54	-0,66	0,38	9,200	0,003
Feminino	35	63	103	80,94	8,83	10,91	0,98	0,21			
Total	110	63	103	83,42	8,2	9,83	-0,092	-0,75			

t-Student  
p<0,005

Quadro 9 – Características de acordo com as variáveis de estilos de vida.

Estilos de vida	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Bebe bebidas alcoólicas</b>						
<i>Não</i>	20	26,7	21	60,0	41	37,3
<i>Sim</i>	55	73,3	14	40,0	69	62,7
<b>Frequência da ingestão de bebidas alcoólicas (dos que bebem)</b>						
<i>Raramente</i>	10	18,2	3	21,4	13	18,8
<i>Só nas festas</i>	6	10,9	4	28,6	10	14,5
<i>Ao fim de semana</i>	3	5,5	2	14,3	5	7,2
<i>Todos os dias</i>	36	65,5	5	35,7	41	59,5
<b>Quantidade de bebidas alcoólicas consumidas habitualmente (dos que bebem)</b>						
<i>1-2 Copos</i>	46	83,6	14	100,0	60	87,0
<i>Até 1 litro</i>	9	16,4	0	0,0	9	13,0
<b>Fumar</b>						
<i>Nunca fumei</i>	36	48,0	30	85,7	66	60,0
<i>Já experimentei, mas nunca fui fumador</i>	1	1,3	0	0,0	1	0,9
<i>Já fumei mas parei</i>	31	41,3	2	5,7	33	30,0
<i>Fumo ocasionalmente</i>	1	1,3	1	2,9	2	1,8
<i>Fumo todos os dias</i>	6	8,0	2	5,7	8	7,3
<b>Hábitos tabágicos (dos que fumam todos os dias)</b>						
<i>Fumo menos de 5 cigarros por dia</i>	1	16,7	1	50,0	2	25,0
<i>Fumo entre 5 e 10 cigarros por dia</i>	2	33,3	0	0,0	2	25,0
<i>Fumo mais de 10 cigarros por dia</i>	3	50,0	1	50,0	4	50,0
<b>Pratica exercício físico</b>						
<i>Sim</i>	40	53,3	13	37,1	53	48,2
<i>Não</i>	35	46,7	22	62,9	57	51,8

<b>Frequência do exercício Físico</b>						
6-7 Vezes por semana	11	27,5	2	15,4	13	24,5
4-5 Vezes por semana	9	22,5	2	15,4	11	20,8
2-3 Vezes por semana	16	40,0	7	53,8	23	43,4
1 vez por semana	2	5,0	1	7,7	3	5,7
Ocasionalmente	2	5,0	1	7,7	3	5,7
<b>Duração do exercício Físico</b>						
Mais de 45 minutos	14	35,0	3	23,1	17	32,1
35-45 Minutos	15	37,5	5	38,5	20	37,7
25-35 Minutos	7	17,5	2	15,4	9	17,0
15-25 Minutos	4	10,0	3	23,1	7	13,2
<b>Percepção do Tipo de alimentação</b>						
Muito saudável	9	12,0	3	8,6	12	10,9
Tão saudável como recomendado	29	38,7	16	45,7	45	40,9
Moderadamente saudável	35	46,7	12	34,3	47	42,7
Ligeiramente saudável	2	2,7	4	11,4	6	5,5
<b>Stress</b>						
Não	33	44,0	19	54,3	52	47,3
Sim	42	56,0	16	45,7	58	52,7
<b>Estilos de Vida</b>						
Estilos de vida equilibrados	75	100,0	35	100,0	110	100,0

Tabela 3 – Estatística da distância do domicílio ao local de consulta

Distância do domicílio aos SS	N	Min.	Max.	$\bar{X}$	Dp	CV (%)	Sw/error	Kw/error	Levene's p	t	P
Masculino	75	0,50	60,00	6,67	8,31	124,59	14,99	42,17	0,464	0,499	0,619
Feminino	35	1,00	30,00	5,89	5,95	101,02	6,33	9,82			
Total	110	0,50	60,00	6,42	7,62	118,69	17,48	50,27			

t-Student

p&lt;0,005

.Quadro 10 - Caracterização de acordo com as variáveis relacionadas com os SS

SS	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Acessibilidade aos serviços de saúde</b>						
Transporte próprio	59	78,9	15	42,9	74	67,3
Transporte de familiares/vizinhos	3	4,0	8	22,9	11	10,0
Transporte público	9	12,0	4	11,4	13	11,8
Táxi	1	1,4	2	5,7	3	2,7
A pé	3	4,0	6	17,1	9	8,2
<b>Dificuldade em se deslocar à consulta</b>						
Não	62	82,7	21	60,0	83	75,5

<i>Sim</i>	13	17,3	14	40,0	27	24,5
<b>Motivo da dificuldade em se deslocar à consulta</b>						
<i>Porque a distância é grande</i>	2	15,5	1	7,1	3	11,1
<i>Devido a afazeres domésticos, casa e filhos</i>	1	7,7	3	21,4	4	14,8
<i>Devido ao custo financeiro</i>	5	38,5	4	28,6	9	33,3
<i>Devido à necessidade de acompanhamento</i>	4	30,8	6	42,9	10	37,0
<i>Porque não pode faltar ao trabalho</i>	1	7,7	0	0,0	1	3,7
<b>Acompanhamento Médico</b>						
<i>Médico família</i>	27	36,0	9	25,7	36	32,7
<i>Médico particular</i>	5	6,7	3	8,6	8	7,3
<i>Cardiologista do Hospital</i>	21	28,0	6	17,1	27	24,5
<i>Medicina intensiva do Hospital</i>	21	28,0	14	40,0	35	31,8
<i>Medicina interna do Hospital</i>	1	1,3	3	8,6	4	3,6
<b>Periodicidade das consultas</b>						
<i>Mensal</i>	12	16,0	6	17,1	18	16,4
<i>Trimestral</i>	13	17,3	9	25,7	22	20,0
<i>Semestral</i>	37	49,3	15	42,9	52	47,3
<i>Anual</i>	13	17,3	5	14,3	18	16,4
<b>Adequação do Número de consultas</b>						
<i>Está adequado</i>	58	78,4	25	71,4	83	76,1
<i>Deveria ter mais consultas</i>	14	18,9	10	28,6	24	22,0
<i>Deveria ter menos consultas</i>	2	2,7	0	0,0	2	1,8
<b>Frequência às consultas</b>						
<i>Sempre</i>	72	96,0	35	100,0	107	97,3
<i>Quando sente necessidade</i>	2	2,7	0	0,0	2	1,8
<i>Raramente</i>	1	1,3	0	0,0	1	0,9
<b>Frequência de um programa de reabilitação cardíaca</b>						
<i>Não</i>	73	97,3	33	94,3	106	96,4
<i>Sim</i>	2	2,7	2	5,7	4	3,6
<b>Relacionamento com o Enfermeiro</b>						
<i>Bom</i>	71	94,7	34	97,1	105	95,5
<i>Mau</i>	1	1,3	0	0,0	1	0,9
<i>Indiferente</i>	3	4,0	1	2,9	4	3,6
<b>Relacionamento com médico</b>						
<i>Bom</i>	72	96,0	34	97,1	106	96,4
<i>Mau</i>	1	1,3	0	0,0	1	0,9
<i>Indiferente</i>	2	2,7	1	2,9	3	2,7
<b>Profissional de saúde que fornece informações</b>						
<i>Médico</i>	56	74,7	24	68,6	80	72,7
<i>Enfermeiro</i>	14	18,7	10	28,6	24	21,8
<i>Farmacêutico</i>	5	6,7	1	2,9	6	5,5

Tabela 4 - Caracterização do IMC da amostra.

IMC	N	Min	Max	$\bar{X}$	Dp	CV%	SW/ error	KW/ error	Levene's P	T	p
Masculino	75	18,71	41,95	27,47	3,66	13,32	4,50	5,12	0,439	- 0,58	0,53
Feminino	35	20,70	36,73	27,92	4,15	14,87	1,27	-0,38			
Total	110	18,71	41,95	27,61	3,81	13,80	4,16	3,05			

t-Student  
p<0,05

Quadro 11 - Caracterização relacionada com as variáveis clínicas.

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Tipo de Doença Coronária Isquémica diagnosticada</b>						
<i>Enfarte Agudo do Miocárdio</i>	65	86,7	26	74,3	91	82,7
<i>Angina de Peito Instável</i>	5	6,7	7	20,0	12	10,9
<i>Enfarte Agudo do Miocárdio e Angina de Peito Instável</i>	5	6,7	2	5,7	7	6,4
<b>Tempo de Ocorrência do 1º Episódio</b>						
<i>Até 5 anos</i>	46	61,3	24	68,6	70	63,6
<i>Mais de 5 anos</i>	29	38,7	11	31,7	40	36,4
<b>Ocorrência de outros episódios</b>						
<i>Não</i>	54	72,0	16	45,7	70	63,6
<i>Sim, mais 1</i>	15	20,0	10	28,6	25	22,7
<i>Sim, mais 2</i>	6	8,0	9	25,7	15	13,6
<b>Tempo de Ocorrência do 2º Episódio</b>						
<i>Até 5 anos</i>	21	100,0	19	100,0	40	100
<b>Tempo de Ocorrência do 3º Episódio</b>						
<i>Até 5 anos</i>	6	100,0	9	100,0	15	100
<b>Presença de Factores de risco</b>						
<i>Não</i>	9	12,0	3	8,6	12	10,9
<i>Sim</i>	66	88,0	32	91,4	98	89,1
<b>Hipertensão</b>						
<i>Não</i>	32	42,7	11	31,4	43	39,1
<i>Sim</i>	43	57,3	24	68,6	67	60,9
<b>Diabetes</b>						
<i>Não</i>	49	65,3	20	57,1	69	62,7
<i>Sim</i>	26	34,7	15	42,9	41	37,3
<b>Hiperdislipidemia</b>						
<i>Não</i>	27	36,0	12	34,3	39	35,5
<i>Sim</i>	48	64,0	23	65,7	71	64,5
<b>AVC</b>						
<i>Não</i>	73	97,3	34	97,1	107	97,3
<i>Sim</i>	2	2,7	1	2,9	3	2,7
<b>Outras Doenças</b>						
<i>Não</i>	51	68,0	15	42,9	66	60,0

<i>Sim</i>	24	32,0	20	57,1	44	40,0
<b>Familiar directo com Doença Coronária Isquémica</b>						
<i>Não</i>	41	54,7	21	60,0	62	56,4
<i>Sim</i>	34	45,3	14	40,0	48	43,6
<b>Classificação do IMC</b>						
<i>Saudável</i>	20	26,7	6	17,1	26	23,6
<i>Pré-obesidade</i>	38	50,7	20	57,1	58	52,7
<i>Obesidade Moderada</i>	14	18,7	6	17,1	20	18,2
<i>Obesidade Clínica</i>	2	2,7	3	8,6	5	4,5
<i>Obesidade Mórbida</i>	1	1,3	0	0	1	0,9
<b>Limitação Física</b>						
<i>Doença cardíaca sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras</i>	33	44,0	9	25,7	42	38,2
<i>Limitação física para actividades quotidianas</i>	39	52,0	23	65,7	62	56,4
<i>Acentuada limitação física para actividades simples</i>	3	4,0	3	8,6	6	5,5

Tabela 5 - Estatística da variável do número total de comprimidos que toma por dia.

N.º Total de comprimidos/dia	N	Min	Max	$\bar{X}$	Dp	CV%	Sw/ error	Kw/ error	Levene's p	T	P
Masculino	75	2	14	6,84	2,47	36,11	3,52	1,85			
Feminino	35	3	16	8,20	2,98	36,34	1,60	,31			
<b>Total</b>	110	2	16	7,27	2,70	37,15	3,85	1,45	0,163	-2,518	0,013

Quadro 12 - Caracterização das variáveis relacionadas com a medicação.

Medicação	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Medicação para a doença cardíaca</b>						
<i>Sim</i>	75	100	35	100	110	100
<i>Estatinas</i>						
<i>Não</i>	16	21,3	7	20,0	23	20,9
<i>Sim</i>	59	78,7	28	80,0	87	79,1
<i>Anti-agregantes plaquetários</i>						
<i>Não</i>	9	12,0	4	11,4	13	11,8
<i>Sim</i>	66	88,0	31	88,6	97	88,2
<i>Beta-bloqueadores</i>						
<i>Não</i>	39	52,0	20	57,1	59	53,6
<i>Sim</i>	36	48,0	15	42,9	51	46,4
<i>IECAS</i>						
<i>Não</i>	23	30,7	10	28,6	33	30,0
<i>Sim</i>	52	69,3	25	71,4	77	70,0
<b>Outra Medicação</b>						
<i>Não</i>	24	32,0	8	22,9	32	29,1
<i>Sim</i>	51	68,0	27	77,1	78	70,9
<b>Intervalos de tempo de toma da medicação</b>						

<i>Menos de meio ano</i>	5	6,7	0	0,0	5	4,5
<i>Entre meio ano e menos de 1 ano</i>	5	6,7	1	2,9	6	5,5
<i>Entre 1 ano e menos de dois anos</i>	6	8,0	6	17,1	12	10,9
<i>Entre 2 anos e menos de 3 anos</i>	13	17,3	5	14,3	18	16,4
<i>Entre 3 anos e menos de 4 anos</i>	9	12,0	7	20,0	16	14,5
<i>Entre 4 anos e menos de 5 anos</i>	9	12,0	3	8,6	12	10,9
<i>Mais de 5 anos</i>	28	37,3	13	37,1	41	37,3
<b>Número de Comprimidos Excessivo</b>						
<i>Não</i>	41	54,7	18	51,4	59	53,6
<i>Sim</i>	34	45,3	17	48,6	51	46,4
<b>Esquema Terapêutico Complexo</b>						
<i>Não</i>	60	80,0	18	51,4	78	70,9
<i>Sim</i>	15	20,0	17	48,6	32	29,1
<b>Interrompeu da medicação por iniciativa própria</b>						
<i>Não</i>	61	81,3	28	31,5	89	80,9
<i>Sim</i>	14	18,7	7	20,0	21	19,1
<b>Motivo da Interrupção</b>						
<i>Por efeitos secundários</i>	1	7,1	2	28,6	3	14,3
<i>Devido ao elevado n.º de comprimidos</i>	4	28,6	1	14,3	5	23,8
<i>Por se sentirem melhor</i>	3	21,4	0	0,0	3	14,3
<i>Por dificuldades económicas</i>	1	7,1	2	28,6	3	14,3
<i>Por estarem fartos de tomar medicamentos</i>	0	0,0	1	14,3	1	4,8
<i>Para ver como se sentiam sem a medicação</i>	2	14,3	1	14,3	3	14,3
<i>Por esquecimento</i>	2	14,3	0	0,0	2	9,5
<i>Por efeitos secundários e por se sentirem melhores</i>	1	7,1	0	0,0	1	4,8
<b>Gasto mensal com a medicação</b>						
<i>Sem custos</i>	5	6,7	3	8,6	8	7,3
<i>Entre 1 e 40 euros</i>	15	20,0	6	17,1	21	19,1
<i>Entre 41 e 80 euros</i>	29	38,7	11	31,4	40	36,4
<i>Mais de 80 euros</i>	26	34,7	15	42,9	41	37,3
<b>Ocorrência de efeitos secundários</b>						
<i>"Não"</i>	53	70,7	22	62,9	75	68,2
<i>"Sim"</i>	22	19,3	13	37,1	35	31,8
<b>Efeitos indesejados da medicação</b>						
<i>"Palpitações"</i>	4	18,2	3	23,1	7	20,0
<i>"Fraqueza/Fadiga"</i>	2	9,1	4	30,8	6	17,1
<i>"Cefaleias"</i>	2	9,1	3	23,1	5	14,3
<i>"Náuseas"</i>	3	13,6	1	7,7	4	11,4
<i>"Impotência/Frigidez"</i>	7	31,8	1	7,7	8	22,9
<i>"Equimoses"</i>	1	4,5	0	0	1	2,9
<i>"Alterações Intestinais"</i>	2	9,1	1	7,7	3	8,6
<i>"Alergias"</i>	1	4,5	0	0	1	2,9

Tabela 6 - Caracterização de acordo com a MAT..

MAT	N	Min	Max	$\bar{X}$	Dp	CV%	SW/error	KW/error	Levene's p	t	P
Masculino	75	3,57	6,00	5,48	0,52	9,57	-5,95	5,93	0,054	2,150	0,030
Feminino	35	3,86	6,00	5,24	0,61	11,59	-1,09	-1,18			
Total	110	3,57	6,00	5,40	0,56	10,38	-5,03	2,17			

t-Student  
p<0,05

Quadro 13 - Classificação da ATF de acordo com a MAT.

ATF	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Classificação da Adesão ao tratamento farmacológico</b>						
Baixa adesão	15	20,0	15	42,9	30	27,3
Razoável adesão	15	20,0	6	17,1	21	19,1
Boa adesão	45	60,0	14	40,0	59	53,6

Tabela 7 - EC adoptadas pelos doentes com DCI de acordo com o Brief COPE.

Brief Cope	Min	Max	$\bar{X}$	dp	CV%	SW/error	KW/error	Levene's p	T	P
Coping Activo	2,00	6,00	4,33	1,01	23,45	0,35	0,23	0,05	2,16	0,03
Planear	0,00	6,00	4,23	1,05	24,75	5,81	-2,25	0,06	1,17	0,25
Utilizar Suporte Instrumental	2,00	7,00	3,45	1,37	39,82	0,12	3,66	0,19	-0,06	0,95
Utilizar Suporte Social Emocional	0,00	6,00	3,69	1,58	42,76	0,51	-3,17	0,42	-0,49	0,62
Religião	0,00	6,00	3,57	1,77	49,50	-1,22	-1,61	0,00	-3,45	0,00
Reinterpretação Positiva	0,00	6,00	3,99	1,25	31,38	3,88	-3,02	0,65	1,76	0,08
Auto-culpabilização	0,00	6,00	3,05	1,47	48,14	-0,26	-3,40	0,10	0,27	0,79
Aceitação	2,00	6,00	4,29	1,01	23,49	-0,11	1,37	0,48	2,10	0,04
Expressão de Sentimentos	0,00	6,00	3,08	1,47	47,57	-0,04	-3,25	0,87	0,54	0,59
Negação	0,00	6,00	2,77	1,44	52,08	-0,86	-1,06	0,93	-2,01	0,05
Auto-distracção	0,00	6,00	3,09	1,41	45,66	0,04	-3,13	0,37	-0,84	0,40
Desinvestimento Comportamental	0,00	6,00	1,98	1,47	73,93	-1,62	0,68	0,58	-1,78	0,08
Uso de Substâncias	0,00	5,00	0,33	0,89	271,75	25,16	14,27	0,77	-0,35	0,72
Humor	0,00	6,00	3,35	1,61	47,88	-0,47	-2,18	0,02	3,24	0,00

t student  
p<0,05



## APÊNDICE VI – Análise Inferencial

Tabela 8 - Teste *Kruskal Wallis* : Associação da variável Grupos etários e as EC.

Grupos etários	45 – 55	56 – 65	66 – 75	Mais que 76	X <sup>2</sup>	P
	N=17	N=35	N=38	N=20		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<b>Coping Activo</b>	72,44	62,99	51,03	36,50	18,34	<b>0,000*</b>
Planear	60,12	63,44	49,28	49,50	6,44	0,092
Utilizar suporte instrumental	49,06	54,71	61,00	51,90	2,37	0,499
Utilizar suporte social emocional	51,97	49,44	58,32	63,75	3,50	0,320
Religião	43,44	47,97	56,07	77,85	15,11	<b>0,002**</b>
Reinterpretação positiva	65,94	58,64	54,21	43,58	6,09	0,107
Auto-culpabilização	62,18	59,06	55,62	43,38	4,54	0,209
Aceitação	65,41	56,59	54,67	46,75	4,09	0,252
Expressão de sentimentos	54,32	61,39	53,13	50,70	2,16	0,541
Negação	50,68	56,27	53,55	61,95	1,48	0,688
Auto-distracção	57,71	51,39	59,37	53,48	1,44	0,696
Desinvestimento comportamental	37,00	53,76	59,08	67,48	9,82	<b>0,020*</b>
Uso de substâncias	52,38	59,36	56,58	49,35	3,53	0,317
Humor	71,56	53,21	57,29	42,45	9,02	<b>0,029*</b>

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

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

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

Tabela 9 - Teste *Post Hoc* – *Tukey*: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Grupos etários e EC.

Grupos	45-55/66-75	45-55/Mais de 76	56-65/Mais de 76	66-75/Mais de 76
	P	P	p	P
<b>Coping Activo</b>	0,031	0,000	0,003	
Religião	-	0,003	0,002	0,039
Desinvestimento Comportamental	-	0,013	-	-
Humor	-	0,016	-	-

*Tukey*

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

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

Tabela 10 - Teste ANOVA – EC com diferenças estatisticamente significativas e Grupos Etários.

Grupos Etários		Soma Quadrados	F	P
<i>Rank of Coping Activo</i>	<i>Between Groups</i>	14820,84	7,142	0,000
	<i>Within Groups</i>	73319,15		
	Total	88140,00		
<i>Rank of Religião</i>	<i>Between Groups</i>	14458,45	5,685	0,001
	<i>Within Groups</i>	89861,05		
	Total	104319,50		
<i>Rank of Desinvestimento Comportamental</i>	<i>Between Groups</i>	9279,31	3,496	0,018
	<i>Within Groups</i>	93771,19		
	Total	103050,50		
<i>Rank of Humor</i>	<i>Between Groups</i>	8094,65	3,189	0,027
	<i>Within Groups</i>	89686,85		
	Total	97781,50		

Tabela 11 - Teste U-Mann-Whitney: Relação entre Sexo e as EC.

Sexo	Masc (n=75)	Fem (n=35)	UMW	P
	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Coping Activo</i>	59,65	46,61	1001,50	<b>0,025*</b>
Planear	57,45	51,33	1166,50	0,272
Utilizar Suporte Instrumental	54,86	56,87	1264,50	0,743
Utilizar Suporte Social Emocional	53,89	58,94	1192,00	0,411
Religião	49,99	67,31	899,00	<b>0,006**</b>
Reinterpretação Positiva	59,76	46,37	993,00	0,024
Auto-culpabilização	56,86	52,59	1210,50	0,489
Aceitação	59,41	47,13	1019,50	<b>0,034*</b>
Expressão de Sentimentos	56,36	53,66	1248,00	0,657
Negação	51,48	64,11	1011,00	<b>0,045*</b>
Auto-distracção	54,06	58,59	1204,50	0,466
Desinvestimento Comportamental	51,76	63,51	1032,00	0,062
Uso de Substâncias	53,95	58,83	1196,00	0,246
Humor	61,29	43,10	878,50	<b>0,003**</b>

Mann-Whitney

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

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

Tabela 12 - Teste *U-Mann-Whitney*: Relação entre a variável Estado Matrimonial e EC.

Estado Matrimonial	Sem companheiro (n=23)	Com companheiro (n=87)	UMW	P
	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Coping</i> Activo	50,02	56,95	874,50	0,299
Planear	43,76	58,60	730,50	<b>0,020*</b>
Utilizar Suporte Instrumental	50,02	56,95	874,50	0,325
Utilizar Suporte Social Emocional	51,91	56,45	918,00	0,519
Religião	65,20	52,94	777,50	0,091
Reinterpretação Positiva	38,57	59,98	611,00	<b>0,002**</b>
Auto-culpabilização	39,41	59,75	630,50	<b>0,004**</b>
Aceitação	42,57	58,92	703,00	<b>0,014*</b>
Expressão de Sentimentos	42,87	58,84	710,00	<b>0,022*</b>
Negação	59,48	54,45	909,00	0,485
Auto-distração	51,17	56,64	901,00	0,442
Desinvestimento Comportamental	60,87	54,08	877,00	0,346
Uso de Substâncias	57,67	54,93	950,50	0,568
Humor	42,48	58,94	701,00	<b>0,019*</b>

*Mann-Whitney*

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

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

Tabela 13 - Teste *Kruskal Wallis* – Associação entre as Habilidades Literárias e as EC.

Habilidades literárias	Não sabe ler nem escrever	Ensino Primário	Ensino Básico	Ensino secundário	Ensino superior	X <sup>2</sup>	P
	N=18	N=49	N=19	N=17	N=7		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Coping Activo</i>	31,83	53,79	72,39	67,85	52,50	22,639	<b>0,000</b> ***
Planear	52,42	54,67	64,53	56,06	43,36	3,775	0,437
Utilizar Suporte Instrumental	64,53	52,52	54,95	59,94	43,86	3,542	0,472
Utilizar Suporte Social Emocional	63,31	54,08	55,47	49,00	61,21	2,376	0,667
Religião	75,44	55,07	51,47	40,38	54,86	11,875	<b>0,018</b> *
Reinterpretação Positiva	44,44	55,37	63,63	58,21	56,21	4,276	0,370
Auto-culpabilização	50,78	52,15	59,24	62,38	64,21	2,799	0,592
Aceitação	37,69	55,21	65,53	65,41	52,00	11,737	<b>0,019</b> *
Expressão de Sentimentos	47,42	57,64	52,66	63,38	49,86	3,198	0,525
Negação	69,67	47,71	63,34	53,65	56,79	8,287	0,082
Auto-distração	44,53	62,00	60,58	40,65	60,50	9,411	0,052
Desinvestimento Comportamental	63,47	61,19	46,26	38,21	62,21	10,317	<b>0,035</b> *
Uso de Substâncias	58,39	57,09	51,76	52,38	54,64	1,684	0,794
Humor	38,22	54,34	55,68	71,79	68,00	12,315	<b>0,015</b> *

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

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

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

Tabela 14 - Teste *Post Hoc* – *Tukey*: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Habilidades Literárias e EC.

Grupos	Não sabe ler nem escrever/ E. Primário	Não sabe ler nem escrever/E. Básico	Não sabe ler nem escrever/E. Secundário
	P	p	P
<i>Coping Activo</i>	0,021	0,000	0,001
Religião	-	-	0,006
Aceitação	-	0,020	0,026
Desinvestimento Comportamental	-	-	-
Humor	-	-	0,007

*Tukey*

\*p&lt;0,05

\*p&lt;0,01

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

Tabela 15 - Teste ANOVA - EC com diferenças estatisticamente significativas e Habilitações Literárias.

Habilitações Literárias		Soma Quadrados	F	P
<b>Rank of Coping Activo</b>	<i>Between Groups</i>	18306,328	6,881	0,000
	<i>Within Groups</i>	69833,672		
	Total	88140,000		
<b>Rank of Religião</b>	<i>Between Groups</i>	11365,197	3,209	0,016
	<i>Within Groups</i>	92954,303		
	Total	104319,500		
<b>Rank of Aceitação</b>	<i>Between Groups</i>	9376,576	3,168	0,017
	<i>Within Groups</i>	77705,924		
	Total	87082,500		
<b>Rank of Desinvestimento Comportamental</b>	<i>Between Groups</i>	9753,714	2,744	0,032
	<i>Within Groups</i>	93296,786		
	Total	103050,500		
<b>Rank of Humor</b>	<i>Between Groups</i>	11047,560	3,344	0,013
	<i>Within Groups</i>	86733,940		
	Total	97781,500		

Tabela 16 - Teste *U-Mann-Whitney*: Relação entre a variável Meio de residência e EC.

Meio de Residência	Rural (n=44)	Urbano (n=66)	UMW	p
	Mean Rank	Mean Rank		
<b>Coping Activo</b>	58,75	53,33	1309,00	0,328
<b>Planear</b>	54,88	55,92	1424,50	0,844
<b>Utilizar Suporte Instrumental</b>	57,61	54,09	1359,00	0,547
<b>Utilizar Suporte Social Emocional</b>	58,84	53,27	1305,00	0,341
<b>Religião</b>	58,34	53,61	1327,00	0,432
<b>Reinterpretação Positiva</b>	55,76	55,33	1440,50	0,938
<b>Auto-culpabilização</b>	56,66	54,73	1401,00	0,742
<b>Aceitação</b>	57,84	53,94	1349,00	0,478
<b>Expressão de Sentimentos</b>	54,33	56,28	1400,50	0,736
<b>Negação</b>	53,01	57,16	1342,50	0,488
<b>Auto-distração</b>	57,77	53,98	1352,00	0,521
<b>Desinvestimento Comportamental</b>	52,90	57,23	1337,50	0,469
<b>Uso de Substâncias</b>	57,78	53,98	1351,50	0,341
<b>Humor</b>	53,05	57,14	1344,00	0,483

*Mann-Whitney*

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

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

Tabela 17 - Teste *U-Mann-Whitney*: Relação entre a variável Actividade Laboral e EC.

Estado Matrimonial	Activos (n=16)	Inactivos (n=94)	UMW	P
	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Coping</i> Activo	72,00	52,69	488,00	<b>0,012*</b>
Planear	64,56	53,96	607,00	0,149
Utilizar Suporte Instrumental	51,47	56,19	687,50	0,561
Utilizar Suporte Social Emocional	50,97	56,27	679,50	0,514
Religião	42,44	57,72	543,00	0,068
Reinterpretação Positiva	75,50	52,10	432,00	<b>0,003**</b>
Auto-culpabilização	69,81	53,06	523,00	<b>0,040*</b>
Aceitação	75,38	52,12	434,00	<b>0,002**</b>
Expressão de Sentimentos	57,09	55,23	726,50	0,817
Negação	52,72	55,97	707,50	0,695
Auto-distração	55,72	55,46	748,50	0,975
Desinvestimento Comportamental	34,91	59,01	422,50	<b>0,004**</b>
Uso de Substâncias	53,19	55,89	715,00	0,626
Humor	70,91	52,88	505,50	<b>0,026*</b>

*Mann-Whitney*

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

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

Tabela 18 - Teste *U-Mann-Whitney*: Relação entre a variável Rendimento e EC.

Meio de Residência	Inferior a 970 euros (n=88)	Igual ou Superior a 970euros (n=22)	UMW	p
	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Coping</i> Activo	53,10	65,09	757,00	0,077
Planear	56,16	52,84	909,50	0,608
Utilizar Suporte Instrumental	55,20	56,70	941,50	0,833
Utilizar Suporte Social Emocional	55,28	56,39	948,50	0,877
Religião	57,40	47,91	801,00	0,198
Reinterpretação Positiva	55,31	56,25	951,50	0,892
Auto-culpabilização	53,94	61,73	831,00	0,280
Aceitação	54,44	59,73	875,00	0,433
Expressão de Sentimentos	56,02	53,43	922,50	0,716
Negação	56,48	51,57	881,50	0,502
Auto-distração	57,94	45,75	753,50	0,092
Desinvestimento Comportamental	57,56	47,25	786,50	0,159
Uso de Substâncias	55,97	53,64	927,00	0,634
Humor	52,90	65,89	739,50	0,069

*Mann-Whitney*

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

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

Tabela 19 - Teste *Kruskal-Wallis*: Relação entre a Coabitação e as EC.

Coabitação	Sozinho	Com cônjuge	Com filhos e cônjuge	Com filhos	Família Alargada	X <sup>2</sup>	P
	N=11	N=69	N=21	N=6	N=3		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Coping Activo</i>	58,41	54,44	64,21	30,83	57,50	6,712	0,152
Planear	39,95	59,20	56,81	40,67	48,00	6,936	0,139
Utilizar Suporte Instrumental	36,95	58,91	55,36	56,25	44,67	5,481	0,241
Utilizar Suporte Social Emocional	36,95	58,91	55,36	56,25	44,67	10,248	<b>0,036*</b>
Religião	62,18	57,25	43,36	77,08	32,50	8,549	0,073
Reinterpretação Positiva	35,91	60,03	61,62	33,17	25,00	14,560	<b>0,006**</b>
Auto-culpabilização	31,05	58,88	63,62	39,67	42,33	11,812	<b>0,019*</b>
Aceitação	58,73	58,03	52,69	40,42	35,33	4,139	0,388
Expressão de Sentimentos	34,00	60,00	53,60	47,83	59,50	7,854	0,097
Negação	36,09	54,45	67,38	72,92	32,83	11,174	<b>0,025*</b>
Auto-distracção	47,73	57,22	61,17	40,00	35,83	4,508	0,342
Desinvestimento Comportamental	50,05	57,72	41,55	88,58	56,00	11,976	<b>0,018*</b>
Uso de Substâncias	55,59	54,75	61,79	46,50	46,50	3,789	0,435
Humor	47,36	57,72	59,64	29,75	56,67	6,034	0,197

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

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

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

Tabela 20 - Teste *Tukey*: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre a variável Coabitação e EC.

Coabitação	Sozinho/Com cônjuge	Sozinho/Com cônjuge e com filhos	Com cônjuge e filhos/Com filhos
	P	P	P
Utilizar Suporte Social e Emocional	-	-	-
Reinterpretação Positiva	-	-	-
Auto-culpabilização	0,031	0,026	-
Negação	-	0,043	-
Desinvestimento comportamental	-	-	0,007

*Tukey*

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

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

Tabela 21 - Teste ANOVA - EC com diferenças estatisticamente significativas e Coabitação.

Coabitação		Soma Quadrados	F	P
Rank of Utilizar Suporte Social e Emocional	Between Groups	9237,72	2,72	0,033
	Within Groups	89015,78		
	Total	98253,50		
Rank of Reinterpretação Positiva	Between Groups	12206,86	4,05	0,004
	Within Groups	79178,64		
	Total	91385,50		
Rank of Auto-culpabilização	Between Groups	10773,62	3,19	0,016
	Within Groups	88640,38		
	Total	99414,00		
Rank of Negação	Between Groups	10545,69	3,00	0,022
	Within Groups	92328,81		
	Total	102874,50		
Rank of Desinvestimento Comportamental	Between Groups	11322,37	3,24	0,015
	Within Groups	91728,13		
	Total	103050,50		

Tabela 22 - Teste *t-Student*: Associação entre o Stress e as EC.

Stress	Não		Sim		Levene's p	t	P
	N=52		N=58				
	$\bar{X}$	Dp	$\bar{X}$	Dp			
Coping Activo	4,23	0,90	4,41	1,11	0,03	-0,96	0,342
Planear	4,02	0,92	4,41	1,12	0,00	-2,02	<b>0,045*</b>
Utilizar suporte instrumental	3,35	1,17	3,53	1,54	0,02	0,25	0,807
Utilizar suporte social emocional	3,87	1,33	3,53	1,77	0,02	1,12	0,267
Religião	3,98	1,63	3,21	1,82	0,11	2,35	<b>0,02*</b>
Reinterpretação positiva	4,04	1,01	3,95	1,44	0,01	0,38	0,703
Auto-culpabilização	2,75	1,52	3,33	1,38	0,14	-2,09	<b>0,039*</b>
Aceitação	4,10	0,87	4,47	1,10	0,00	-1,97	0,052
Expressão de sentimentos	2,71	1,38	3,41	1,48	0,99	-2,57	<b>0,011*</b>
Negação	2,71	1,47	2,83	1,43	0,51	-0,42	0,676
Auto-distração	3,06	1,26	3,12	1,55	0,30	-0,23	0,816
Desinvestimento comportamental	1,88	1,35	2,07	1,57	0,29	-0,66	0,512
Uso de substâncias	0,31	0,81	0,34	0,97	0,58	-0,22	0,828
Humor	3,50	1,53	3,22	1,68	0,28	0,90	0,371

*t-Student*

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

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

Tabela 23 - Teste *U-Mann-Whitney*: Relação entre a variável Esquema Terapêutico Complicado e EC.

Esquema Terapêutico Complicado	Não (n=78)	Sim (n=32)	UMW	P
	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Coping</i> Activo	59,90	44,78	905,00	<b>0,011*</b>
Planear	56,56	52,91	1165,00	0,522
Utilizar Suporte Instrumental	55,36	55,84	1237,00	0,939
Utilizar Suporte Social Emocional	54,55	57,81	1174,00	0,605
Religião	54,40	58,19	1162,00	0,560
Reinterpretação Positiva	59,94	44,69	902,00	<b>0,012*</b>
Auto-culpabilização	57,69	50,17	1077,50	0,236
Aceitação	57,22	51,31	1114,00	0,320
Expressão de Sentimentos	57,65	50,25	1080,00	0,236
Negação	54,21	58,64	1147,50	0,492
Auto-distracção	60,21	44,02	880,50	<b>0,011*</b>
Desinvestimento Comportamental	52,97	61,67	1050,50	0,178
Uso de Substâncias	55,08	56,53	1215,00	0,736
Humor	58,94	47,11	979,50	0,060

*Mann-Whitney*

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

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

Tabela 24 - Correlação de *Pearson* entre a variável EC e a MAT.

Estratégias de <i>Coping</i>	r	p
<i>Coping</i> Activo	0,05	0,303
Planear	0,14	0,076
Utilizar suporte instrumental	- 0,07	0,024
Utilizar suporte social emocional	0,05	0,318
Religião	- 0,05	0,313
Reinterpretação Positiva	0,05	0,309
Auto-culpabilização	0,03	0,389
Aceitação	0,04	0,334
Expressão de sentimentos	0,03	0,367
Negação	- 0,07	0,217
Auto-distracção	- 0,05	0,290
Desinvestimento comportamental	- 0,15	0,064
Uso de substâncias	0,10	0,160
Humor	- 0,01	0,476

Quadro 14 - Regressão linear entre a variável EC e MAT

Variável dependente: <b>MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO</b>					
R = 0,281					
R <sup>2</sup> = 7,9%					
R <sup>2</sup> Ajustado = - 0,057					
Erro padrão da estimativa =0,57656					
F=0, 583					
p = 0,872					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	t	p	
Constante	5,53	--,	13,03	0,00	
Coping Activo	-0,05	-0,09	-0,66	0,51	
Planejar	0,12	0,22	1,63	0,11	
Utilizar Suporte Instrumental	-0,07	-0,19	-1,43	0,16	
Utilizar Suporte Social e Emocional	0,03	0,09	0,62	0,54	
Religião	-0,02	-0,07	-0,65	0,52	
Reinterpretação Positiva	0,02	0,04	0,30	0,77	
Auto-culpabilização	0,02	0,07	0,57	0,57	
Aceitação	-0,02	-0,03	-0,26	0,80	
Expressão de Sentimentos	-0,01	-0,01	-0,11	0,91	
Negação	-0,02	-0,05	-0,40	0,69	
Auto-distracção	0,00	0,01	0,05	0,96	
Desinvestimento Comportamental	-0,06	-0,16	-1,38	0,17	
Uso de Substâncias	-0,03	-0,05	-0,45	0,65	
Humor	-0,02	-0,06	-0,51	0,61	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	2,713	14	0,194		
Residual	31,581	95	0,332	0,583	0,872
Total	34,293	109			

## ANEXOS



## ANEXO I – Caracterização Psicométrica das escalas

### Medida de Adesão aos tratamentos (MAT)

A avaliação da ATF foi efectuada através da escala MAT, validado por Delgado e Lima (2001), a partir da medida de adesão apresentada em 1986 por Morisky, Green e Levine. A MAT consiste num método que utiliza como resposta, a escala de *Likert* convertida em um padrão dicotómico, adaptada por Delgado e Lima (2001).

É um instrumento composto por sete itens, que avaliam o comportamento do indivíduo em relação ao uso diário dos medicamentos. Para avaliar o grau de adesão dos pacientes, a pontuação é obtida por meio de escala ordinal de seis pontos, que varia sempre de 1, correspondente a "sempre" (menor adesão) a 6, correspondente a "nunca" (maior adesão) (DELGADO e LIMA, 2001).

O nível de adesão é obtido através do somatório dos valores de cada item, dividido pelo número de itens. Valores mais elevados correspondem a maior nível de adesão. A classificação dos sujeitos como aderentes ou não aderentes foi feita segundo valores próximos da média (DELGADO e LIMA, 2001).

A sua consistência interna e a sua validade concorrente desta escala, foram analisadas mediante o critério de contagem de medicamentos, tendo apresentado uma boa consistência interna na resposta, na forma de *Likert*. Revelou ainda, maior sensibilidade e especificidade a captar diversos comportamentos de adesão, neste tipo de resposta e apresentou também correlações elevadas no que respeita à validade concorrente. (DELGADO e LIMA, 2001; LIMA [et al.], 2010).

Quadro 15 – Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).

MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT) (Delgado e Lima, 2001)	Sempre (1)	Quase sempre (2)	Com frequência (3)	Por vezes (4)	Raramente (5)	Nunca (6)
1 - Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da sua medicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por se ter sentido melhor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos? (MAT6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico? (MAT7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: DELGADO e LIMA (2001)

A fim de estratificar o nível de adesão ao tratamento farmacológico foi utilizado o Método dos Grupos Extremos Revisto, referido por Pestana e Gageiro (2008), agrupando os sujeitos em três categorias de adesão ao tratamento, com recurso à fórmula [valor médio  $\pm$  0,25 x desvio padrão]: Baixa Adesão ( $\leq M - 0,25 dp$ ), Razoável Adesão ( $> M - 0,25 dp$  e  $< M + 0,25 dp$ ) e Boa Adesão ( $\geq M + 0,25 dp$ ), utilizando a fórmula [valor médio  $\pm$  0,25 x desvio padrão].

### Questionário *Brief COPE*

Para avaliar a adopção das EC por parte dos doentes com DCI foi utilizada a versão portuguesa do Questionário *Brief COPE*, adaptada por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004).

O *Brief COPE* foi desenvolvido por Carver [et al.] (1989), com o objectivo de disponibilizar um questionário reduzido que, com menos carga sobre os participantes do que os instrumentos existentes até então, avaliasse estilos e EC. A escala evoluiu em várias versões, sendo que a adaptada por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004), e utilizada no presente estudo, consiste em 28 itens, que se distribuem por 14 dimensões, com dois itens cada e que visam avaliar as diferentes formas, de como as pessoas respondem a situações de *stress* (como o diagnóstico da doença, etc.).

Cada uma das dimensões tem a sua definição própria, que importa referir:

“(…) *Coping* Activo – Iniciar uma acção ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o *stressor*; Planear – Pensar sobre o modo de se confrontar com o *stressor*, planear os esforços de *coping* activos; Utilizar Suporte Instrumental – Procurar ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer; Utilizar Suporte Social Emocional – Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém; Religião – Aumento da participação em actividades religiosas; Reinterpretação positiva – Fazer o melhor da situação, crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável; Auto-Culpabilização – Culpabilizar-se e criticar-se a si próprio, pelo que aconteceu; Aceitação – Aceitar o facto de que o evento *stressante* ocorreu e é real; Expressão de sentimentos – Aumento da consciência do *stress* emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos; Negação – Tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento *stressante*; Auto-Distração – Desinvestimento mental do objectivo com que o *stressor* está a interferir, recorrendo ao sonho acordado, dormir; Desinvestimento Comportamental – Desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objectivo com o qual o *stressor* interfere; Uso de Substâncias (medicamentos/ álcool) – Virar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do *stressor*; e Humor – Fazer piadas acerca do *stressor* (...)” (PAIS RIBEIRO e RODRIGUES, 2004, p.10).

A resposta aos diversos itens “é dada numa escala ordinal, com quatro alternativas (de 0 a 3), entre “nunca faço isto” até “faço sempre isto”, sendo que, o resultado final é apresentado como um perfil e as subescalas não são somadas, nem há uma nota total. Dentro de cada subescala os itens são somados, sendo o mínimo possível de obter de 0 e o máximo de 6. “Quanto maior for a nota obtida, maior é o uso de determinada estratégia de *Coping*” (PAIS RIBEIRO e RODRIGUES, 2004: 9). O questionário é sempre precedido de uma introdução, onde o investigador pede aos participantes para responderem como têm lidado com determinado problema (do interesse do investigador) (PAIS RIBEIRO e RODRIGUES, 2004)

A consistência interna da versão portuguesa da referida escala, foi medida com recurso ao *Alfa Cronbach*, e revela valores adequados, semelhantes aos da versão original, o que a considera satisfatória. Quanto à validade, mediante análise dos principais componentes, todas as cargas factoriais são superiores a 0,40, o que “(...) confirma a distribuição de itens pelas escalas a que pertencem (...)” (PAIS RIBEIRO e RODRIGUES, 2004: 11). A versão portuguesa da escala apresenta propriedades idênticas às das versões originais, o que a torna recomendável para a investigação sobre o *Coping*. A versão reduzida, pelo seu tamanho e variedade de estratégias de *Coping* que apresenta, é uma boa escala para ser utilizada em investigação na saúde. (PAIS RIBEIRO e RODRIGUES, 2004).

Quadro 16 - Questionário *Brief COPE*.

<i>Brief COPE</i>	Nunca faço isso	Raramente faço isso	Faço isso algumas vezes	Faço sempre isso
1.1. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1. Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Procuo o conforto e compreensão de alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2. Rezo ou medito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2. Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1. Faço críticas a mim próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2. Culpo-me pelo que está a acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2. Tento aprender a viver com a situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.1. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.1. Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1. Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.1. Desisto de me esforçar para obter o que quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.1. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.1. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2. Enfrento a situação com sentido de humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: PAIS RIBEIRO e RODRIGUES (2004)

**ANEXO II - Pedido de autorização à instituição hospitalar.**

