

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

José Artur Reis Pimentel

Locus de controlo e adesão à terapêutica  
em doentes com cardiopatia isquémica



Viseu, Novembro 2011



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

José Artur Reis Pimentel

Locus de controlo e adesão à terapêutica  
em doentes com cardiopatia isquémica

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
1ª edição

Trabalho efetuado sob a supervisão de:

Professor António Madureira Dias

Novembro de 2011





*A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma.*

John Ruskin

*Valeu a pena?*

*Tudo vale a pena se a alma não é pequena.*

Fernando Pessoa



Aos meus filhos

pelos bons momentos que me têm  
proporcionado no decorrer destes anos.



## **AGRADECIMENTOS**

Uma obra nunca é o resultado de um homem só. De facto, seria um caminho longo e solitário, se não se pudesse contar com o apoio e ajuda de quem nos deu força para poder percorrer este caminho e connosco se alegrou com o resultado final. Por tudo isto, não podemos deixar de agradecer a todos que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para que este projecto chegasse ao fim.

- Aos meus pais, por me terem transmitido uma herança, a qual posso usufruir durante toda a minha vida, feita de respeito, amor, dignidade e fé.
- Aos meus filhos e à minha esposa pelo incentivo, pelo apoio e essencialmente pelo tempo que não lhes dispensei ao longo da realização deste trabalho.
- Ao meu orientador Professor António Madureira Dias, que acreditou na minha capacidade e com dedicação, me ajudou a dar os primeiros passos na investigação, e ao longo de todo o trabalho me incentivou com toda a sua sabedoria, capacidade de trabalho, organização e calor humano. A ele devo muito do que aqui tenho e para ele o meu bem-haja.
- Aos doentes que prontamente colaboraram na realização da colheita de dados.
- Àqueles que, apesar de não estarem aqui citados, foram indispensáveis na elaboração deste trabalho.



## RESUMO

Locus de controlo é uma característica do indivíduo que se refere à sua percepção sobre o controlo dos acontecimentos da sua vida. Característica importante no doente cardíaco, a qual pode influenciar a adesão à terapêutica. **Questão de investigação** – Em que medida o locus de controlo influencia a adesão à terapêutica nos doentes com cardiopatia isquémica? **Objetivos** – Associar as variáveis sócio-demográficas, clínicas, sócio-familiares, de serviços de saúde e terapêutica farmacológica com o locus de controlo e posteriormente associar o locus de controlo com a adesão à terapêutica. **Metodologia** – Estudo transversal, descritivo-correlacional, não-experimental. Realizado em 96 doentes, 78,1% do sexo masculino e 2,19% do sexo feminino, portadores de cardiopatia isquémica que recorreram à consulta. **Resultados** – O locus de controlo é influenciado na dimensão internalidade pela funcionalidade familiar ( $p = 0,031$ ) na dimensão acaso pelo índice de massa corporal ( $p = 0,002$ ) e gastos com medicação ( $p = 0,003$ ) e na dimensão outros poderosos pelo médico assistente ( $p = 0,010$ ) e número de comprimido ( $p = 0,025$ ). **Conclusões** – O locus de controlo não influencia a adesão à terapêutica. Este facto leva-nos a pensar na hipótese de o estudo sofrer algum viés uma vez que, embora existam estudos que também tenham chegado a conclusões idênticas, outros existem que referem o locus de controlo como preditor de adesão à terapêutica. Salientamos que sendo o locus de controlo uma variável psicológica esta é fundamental na decisão de adesão e estratégias terapêuticas.

## PALAVRAS-CHAVE

Locus de controlo, interno, externo, outros poderosos, acaso, adesão à terapêutica, cardiopatia isquémica.



## ABSTRACT

Locus of control is a characteristic of an individual which refers to the perception of control over the events of one's life. It is an important feature in the heart patient, which may influence adherence to therapy. **Research question** – To what extent the locus of control influence adherence to therapy in patients with ischemic heart disease? **Objectives** - Linking the socio-demographic, clinical, social, family variables, health services and drugs with locus of control and subsequently associating locus of control with the adherence to therapy. **Methodology** – Cross-sectional, descriptive co relational, non-experimental study performed in 96 patients, 78.1% male and 2.19 female patients with ischemic heart disease, who looked for medical assistance. **Results** - Locus of control is influenced by the internality dimension in family functioning ( $p = 0.031$ ) in the random dimension body mass index ( $p = 0.002$ ) and spending on medication ( $p = 0.003$ ) and powerful others dimension by the attending physician ( $p = 0.010$ ) and the number of tablets ( $p = 0.025$ ). **Conclusions** - Locus of control does not influence the adherence to therapy. This leads us to think about the possibility of existing bias in the study because although there are studies that have reached similar conclusions, there are others that refer to locus of control as a predictor of adherence to therapy. We note that the locus of control is a key psychological variable in this decision to join and therapeutic strategies.

## KEY-WORDS

Locus of control, internal, external, powerful others, chance, adherence to therapy, ischemic heart disease.



<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	
<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	
<b>ÍNDICE DE SÍMBOLOS</b>	
<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 – LOCUS DE CONTROLO.....</b>	<b>23</b>
2.1 – DESENVOLVIMENTO DO LOCUS DE CONTROLO.....	26
2.2 – VANTAGENS DA INTERNALIDADE/EXTERNALIDADE.....	28
2.3 – LOCUS DE CONTROLO E SAÚDE.....	30
<b>3 – ADEÇÃO À TERAPÊUTICA .....</b>	<b>33</b>
<b>4 – CARDIOPATIA ISQUÊMICA.....</b>	<b>35</b>
<b>5 – METODOLOGIA .....</b>	<b>37</b>
5.1 – ENQUADRAMENTO DO TEMA .....	37
5.2 – PARTICIPANTES.....	40
5.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	42
5.4 – PRÉ-TESTE .....	43
5.5 – PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS .....	43
5.6 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS .....	44
<b>6 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
6.1 – ANÁLISE DESCRITIVA .....	47
6.2 - ANÁLISE INFERENCIAL .....	52
<b>7 – DISCUSSÃO .....</b>	<b>61</b>
7.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA .....	61
7.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	61
<b>8 – CONCLUSÕES / SUGESTÕES .....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE 1 NOÇÕES DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE 2 COLHEITA DE DADOS.....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE 3 QUADROS DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA.....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE 4 QUADROS DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA .....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE 5 QUADROS E TABELAS DE ESTATÍSTICA INFERENCIAL .....</b>	<b>113</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

pág.

Figura 1 – Representação esquemática da relação previsível entre variáveis .....	39
Figura 2 – Síntese das relações das variáveis IMC e Gastos com medicação e acaso .....	58
Figura 3 – Síntese da relação número de comprimidos e outros poderosos .....	599



## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA – Análise de variância

cit. – Citado

Cv – Coeficiente de variação

*et al.* – e outros

F – Teste de anova

Fem – Feminino

IMC – Índice de massa corporal

Kg – Quilogramas

Kg/m<sup>2</sup> – Quilogramas por metro quadrado

Kw/error – Kurtosis/error (Curtose)

Masc – Masculino

MAT – Medidas de adesão ao tratamento

Máx – Máximo

Mean-Whitney U – Teste Mean- Whitney

Mín – Mínimo

N.<sup>o</sup> / n.<sup>o</sup> – Número

p – Nível de significância

r – Correlação

R<sup>2</sup> – Coeficiente de determinação

s – Desvio padrão

Sw/error – Skewness/error (assimetria)

t – Valor de t de Student

WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

X<sup>2</sup> – Kruskal Wallis Test (teste de Kruskal Wallis)



## ÍNDICE DE SÍMBOLOS

€ – Euro

= – Igual

> – Maior

≥ – Maior ou igual

+ – Mais

$\bar{X}$  – Média

- – Menos

< – Menor

≤ – Menor ou igual

% – Percentagem



## 1 – INTRODUÇÃO

Devido à individualidade de cada um, nem todos reagimos da mesma forma a um mesmo estímulo. Uma característica do ser humano é viver com a noção ou o sentimento de posse de algum grau de segurança e controlo sobre o seu ambiente e os acontecimentos da sua vida, em particular sobre as circunstâncias que podem ter repercussões negativas, ou proporcionar condições positivas. Desta forma, as pessoas agem, quando desejam influenciar diretamente os acontecimentos. Ao fazê-lo, anseiam por um controlo pessoal, ou seja, o sentimento de que podem tomar decisões e implementar ações que conduzam aos resultados desejados, evitar os indesejados ou reduzir o impacto dos acontecimentos stressantes.

Efectivamente, o comportamento humano é influenciado não apenas pelas aquisições ou pelas heranças do passado e pelas circunstâncias do presente mas também, e de uma forma significativa, pelas aspirações, expetativas, planos de vida e projetos futuros.

Devido ao processo de aprendizagem social, as pessoas desenvolvem uma percepção, até certo ponto estável, sobre a origem e controlo das ocorrências que vivenciam. Essa percepção foi chamada por Rotter de locus de controlo. Para este autor, a aprendizagem da relação entre acção e consequência dá-se pelas experiências tanto de sucesso quanto de fracasso, como também pelas causas atribuídas pelos indivíduos a esses eventos, permitindo que eles adquiram uma percepção relativamente estável sobre o controlo da sua vida (DELA COLETA, 2010).

O locus de controlo é um tópico amplamente utilizado na maioria dos domínios da Psicologia. Neste estudo, pretende-se realizar uma revisão capaz de mostrar o estado e utilidade do construto locus de controlo. Fez-se uma revisão concetual do dito construto, a partir da definição original de Rotter de 1966 até referências e transformações posteriores do próprio autor, bem como referências várias de outros autores.

A multidisciplinaridade é cada vez mais frequente nos estudos e nos tratamentos de saúde. Vários trabalhos têm dado ênfase à relação de variáveis psicológicas como o locus de controlo e questões relacionadas com a saúde, estendendo-se ao domínio da adesão à terapêutica. O nosso interesse na realização deste estudo e, como tal, o nosso objetivo, é tentar perceber se o locus de controlo influencia a adesão à terapêutica nos doentes com cardiopatia isquémica.

Neste estudo centrámo-nos na variável locus de controlo, considerando-a como uma variável motivacional, partindo do pressuposto de que esta influencia, por um lado, a seleção e utilização de estratégias de saúde, influenciando a sua situação de saúde e, por outro lado, ou conseqüentemente, a sua adesão à terapêutica.

Estando o doente no centro do nosso interesse e do nosso cuidado, é pertinente perceber se os cuidados que prestamos, e que entendemos serem o melhor para o doente/família, vão realmente de encontro às suas necessidades, têm uma repercussão positiva no seu quotidiano, e se o seu locus de controlo influencia esta percepção.

O presente estudo tem como objetivos associar as variáveis sociodemográficas, clínicas, sociofamiliares, de serviços de saúde e terapêutica farmacológica com o locus de controlo e, posteriormente, relacionar o locus de controlo com a adesão à terapêutica, de forma a dar resposta à questão de investigação “o locus de controlo influencia a adesão à terapêutica nos doentes com cardiopatia isquémica?”

Podemos referir que dúvida surgiu no decurso do estágio de Cuidados Intensivos Coronários, realizado no decorrer do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, e que irá servir de base para a elaboração da dissertação tendo em vista a obtenção do grau de mestre.

Obtivemos como resultados que, o locus de controlo é influenciado na dimensão internalidade pelo estado civil e funcionalidade familiar na dimensão acaso pelo IMC (e gastos com medicação e na dimensão outros poderosos pelo médico assistente e número de comprimido, no entanto este não influencia a adesão à terapêutica, o que veio contrariar a nossa percepção. No entanto, está em consonância com alguns estudos já realizados, pois este é um tema sobre o qual não existe unanimidade.

Este documento está organizado de forma a permitir uma boa compreensão. Após a introdução, é feita uma revisão da literatura pertinente para a investigação. De seguida, é enunciada a metodologia, os objetivos do estudo, questões de investigação, hipóteses de investigação, variáveis, desenho de investigação, população/amostra e instrumento de colheita de dados. Faremos, posteriormente, a apresentação dos resultados, seguida da discussão dos mesmos e apresentaremos as nossas conclusões, terminando, com a apresentação da bibliografia de suporte.

## 2 – LOCUS DE CONTROLO

As perceções das pessoas relativas ao controlo que podem exercer sobre o seu comportamento em geral, e sobre o seu estado de saúde, em particular, são consideradas como um dos mais poderosos determinantes das suas atitudes relativas à saúde, o que lhes permite procurar informações, realizar escolhas, tomar decisões e implementar comportamentos. O foco da maioria dos estudos realizados no domínio das perceções de controlo centra-se nas crenças sobre o locus (ou lugar) desse controlo.

Neste contexto podemos dizer que existem várias teorias, em relação à percepção de controlo: a de “auto-eficácia” de Bandura; a de “atribuições causais” de Weiner; a de “learned helplessness” de Seligman; a de “percepção de controlo” de Langer; a de “causas pessoais” de De Charms e a de “locus de controlo” de Rotter. Salienta-se que, as cinco primeiras, estão muito ligadas ao locus de controlo, apesar dos seus diferentes domínios teóricos, com um interesse comum em procurar explicar o grau em que os indivíduos acreditam ter intervenção em relação a acontecimentos positivos e evitar os negativos. Por outro lado, um dos aspectos que separa o locus de controlo dos outros é o de que este é mais usado como um atributo da personalidade (AMORIM, 2009).

O locus de controlo é um construto que foi introduzido por Julian Rotter, na década de 60, do século passado, a partir da Teoria da Aprendizagem Social, proposta pelo mesmo autor em 1954. O conceito locus de controlo refere-se às expectativas generalizadas de controlo interno e externo sobre o reforço, que são definidas por Rotter, (1966, p. 1) da seguinte forma:

Quando um reforço é percebido pelo sujeito como seguindo-se a uma ação sua, mas não sendo inteiramente contingente a essa ação, é normalmente percebido como o resultado de sorte, acaso, destino, ou como imprevisível, dada a grande complexidade das forças que o envolvem. Quando um acontecimento é interpretado deste modo por um sujeito, diz-se que possui uma crença de controlo externo. Se o sujeito percebe que o acontecimento é contingente ao seu próprio comportamento ou a características suas relativamente permanentes, então, diz-se que apresenta uma crença de controlo interno.

Rotter, que inicialmente não utilizava a expressão locus de controlo, mas “controlo interno-externo de reforço”, considera, na sua teoria, que o comportamento é em grande parte conduzido pelos reforços, não só pelo valor atribuído ao reforço, como também pela representação que o indivíduo faz da relação entre este e o seu comportamento (AMORIM, 2009).

Durante a década de 70, do século passado, Rotter, ao constatar que este construto possuía mais que a dimensão internalidade/externalidade, propõe que a dimensão “externalidade” fosse constituída por outras duas componentes: “acaso” e “outros poderosos”. Assim, passamos a ter “internalidade” (os sujeitos acreditam que o seu comportamento estará relacionado com o seu estado de saúde); e “externalidade”, que agrupa as subescalas “outros poderosos” (as pessoas crêem que a sua saúde, depende da acção de outros, pelo que não influenciarão directamente o seu comportamento relativo à saúde, ou então seguirão os conselhos das pessoas julgadas como peritas neste domínio) e “acaso” (os indivíduos não encontram qualquer relação entre o seu comportamento e o seu estado de saúde) (OLIVEIRA, 2010).

Os sujeitos podem ser classificados ao longo de um *continuum* desde a internalidade à externalidade: os predominantemente internos têm tendência a categorizar as situações em função da própria competência e, por isso, sob o seu controlo pessoal, enquanto os predominantemente externos tendem a categorizá-las em função da sorte e, por isso, fora do próprio controlo. Muitos sujeitos situam-se entre os dois extremos, formando uma distribuição contínua de crenças de locus de controlo (OLIVEIRA, 2008). Daí que o próprio Rotter (1966) falasse em «externos defensivos», os quais são fundamentalmente internos, mas que em situações específicas se tornam externos, como defesa contra o fracasso ou frustrações. Por este motivo, Rotter (1975) contrapõe os «externos defensivos» aos «externos congruentes», correspondendo os primeiros à crença nos outros poderosos e os últimos à crença na sorte ou acaso, considerados os verdadeiros externos (OLIVEIRA, 2010).

O locus de controlo é concebido como uma crença de que um comportamento possibilitará ou não a obtenção de um reforço. As crenças internas e externas são expetativas generalizadas (semelhantes a traços de personalidade) que refletem diferenças individuais consistentes (estáveis no indivíduo) quanto ao grau de percepção das contingências ou independência entre o comportamento do sujeito e acontecimentos subsequentes, influenciando o seu desempenho. Pessoas com um locus de controlo externo acreditam que o seu sucesso ou fracasso depende de regras exteriores a si mesmo, como o acaso, a sorte ou dos outros. Sujeitos com um locus de controlo interno crêem que os seus sucessos ou fracassos são determinados pelas suas ações ou competências, sentindo que exercem maior influência na obtenção de reforços que os externos (ALMEIDA e PEREIRA, 2006).

A partir dos trabalhos de Rotter, Levenson (cit. por Oliveira 2008) argumentou pela defesa da multidimensionalidade deste construto. Para esta autora, as crenças externas poderiam dividir-se em expetativas de acaso (o reforço seria determinado pela sorte, pelo

destino) e expectativas que os reforços seriam dependentes da acção de outros poderosos (como a família, os professores ou os médicos). A autora defende que os sujeitos que acreditavam que outros poderosos controlavam as suas vidas poderiam agir de forma diferente dos que acreditavam que os acontecimentos das suas vidas surgiam de forma caótica e imprevisível.

A percepção dos pacientes sobre a fonte de controlo dos acontecimentos da sua saúde aponta para o facto de que a crença do indivíduo determina a acção a ser tomada. Assim, o construto locus de controlo é uma variável que visa explicar uma característica relativa à percepção das pessoas sobre a fonte dos acontecimentos em que estão envolvidas, isto é, a percepção de uma pessoa sobre a sua vida. Deste modo, um indivíduo pode perceber-se como controlador desses acontecimentos ou como sendo controlado por fatores externos a ele, que podem ser pessoas, entidades ou mesmo o destino, a sorte ou o acaso. Essa tendência manifesta-se nas expectativas individuais de alcançar resultados almejados no futuro, e está relacionada com o comportamento na medida em que esses resultados são percebidos como relevantes para o sujeito e como prováveis de ocorrer (OLIVEIRA, 2010). Dessa maneira, a pessoa que acredita que é responsável pelo seu destino possui locus de controlo interno. Por sua vez, a pessoa que crê que tudo de bom ou mau que lhe acontece está determinado pelo acaso, pela sorte ou pelo poder dos demais, apresenta locus de controlo externo. Porém, a orientação do locus de controlo não é fixa, e o indivíduo pode possuir diversas orientações em diferentes situações da vida (AMORIM, 2009).

Num dos seus últimos trabalhos sobre locus de controlo, Rotter (1990), afirma que o extraordinário valor heurístico deste construto pode ser atribuído a quatro características, a saber:

- à clareza da sua definição;
- à cuidadosa integração de um contexto teórico mais amplo;
- ao facto da escala utilizada para avaliar o construto ter sido originado a partir da própria teoria psicológica;
- à natureza pragmática da investigação original.

Barros, Barros e Neto apontam duas razões principais pelas quais este conceito de locus de controlo tem merecido substancial atenção na psicologia social (OLIVEIRA, 2008):

- lida com variáveis sócio-cognitivas importantes da personalidade, como expectativas, controlo e reforço;

- integra diferentes correntes psicológicas como o behaviorismo e o cognitivismo.

A literatura indica que o locus de controlo é um aspeto da personalidade que se relaciona com a forma na qual a pessoa enfrenta os eventos stressantes, de tal maneira que as pessoas que possuem controlo interno frequentemente enfrentam e resolvem os seus problemas empregando condutas adaptativas. Quem tem uma forte crença no controlo interno é mais provável que veja as situações stressantes como controláveis e procure alternativas de solução. De outra forma, as pessoas controladas externamente podem pensar que a solução dos problemas depende da sorte, do destino ou dos outros, pelo que não se esforçam para os resolver.

Se avaliarmos o impacto de uma teoria pelo número de estudos que gera, teremos de considerar a teoria da aprendizagem social de Rotter, na qual o conceito locus de controlo é central, como uma das que mais influência tem exercido em vários domínios da investigação psicológica (ALMEIDA e PEREIRA, 2006).

## 2.1 – DESENVOLVIMENTO DO LOCUS DE CONTROLO

No que se refere à formação do locus de controlo, a descrição dos processos envolvidos engloba o estudo da perceção do controlo e as experiências prévias, que de algum modo, influenciaram/determinaram as expectativas. Na verdade, é a partir de situações específicas que se vai adquirindo a consciência de um maior ou menor domínio dos acontecimentos e formando expectativas gerais. Se bem que um sujeito possa variar o seu grau de internalidade/externalidade conforme a idade e as diversas circunstâncias e possa manifestar-se simultaneamente interno (por exemplo, em casa) e externo (por exemplo, no trabalho), há, todavia, um substrato mais ou menos estável e, embora possa variar em função de determinados factores, é uma tendência sócio-cognitiva mais ou menos dominante do sujeito. O desenvolvimento das expectativas de controlo pessoal resulta de um processo de aprendizagem social ao longo da vida, através da observação ou das instruções e incentivos fornecidos pelos outros significativos para o desenvolvimento do sujeito (ALMEIDA e PEREIRA, 2006).

Durante a infância, a família é particularmente importante para o desenvolvimento de uma noção do mundo como um espaço seguro, previsível e controlável. Neste processo, os membros da família servem de modelo de acção, de agentes reforçadores dos comportamentos e esforços de controlo do ambiente e de padrões de comparação. Mais, na infância, são fundamentalmente os pais que controlam os comportamentos do sujeito, bem

como o acesso aos consequentes reforços, o que permite explorar e descobrir as relações entre os atos e as suas consequências. Da dependência de fatores exteriores, o sujeito pode ou não desenvolver gradualmente um controlo e domínio sobre si e sobre os outros. Rotter (1966) considera que um antecedente importante para a externalidade é a incapacidade da criança antecipar a disciplina dos pais devido a:

- inconsistências no comportamento de um dos pais;
- inconsistências entre os pais;
- inabilidade para perceber alguma consistência que possa de facto existir.

Após o ingresso na escolaridade, os pares adquirem uma importância gradualmente crescente no processo de aprendizagem social. As crianças constatarão as diferenças e comparar-se-ão com os seus pares (nos domínios da aprendizagem, popularidade, físico...), usando o sistema de valores adquirido no seio da família e as conceções do ambiente, poderão consolidar a crença de que os resultados escolares, por exemplo, dependerão dos seus esforços (controlo interno) ou não. Os adolescentes tornar-se-ão gradualmente mais auto-conscientes com o seu sentido de controlo pessoal a desenvolver-se e afetar e ser afetado pelo seu relacionamento social, e também pelas suas condições físicas (atléticas, saúde...) (AMORIM, 2009).

Na sequência da infância, a adolescência é caracterizada como o período de mais rápida transformação biológica, cognitiva e social. Neste período, aumentam, também, significativamente, os acontecimentos stressantes, os quais podem desencadear uma sensação de descontrolo sobre os acontecimentos envolventes e ações pessoais, causando perturbações na adaptação do sujeito, exigindo esforços de controlo ou então abandonando-se à determinação dos fatores externos.

O resultado das investigações sobre a evolução do locus de controlo ao longo da infância e da adolescência referem, na sua maioria, a existência de uma tendência para a internalização ou para a externalização que se define precocemente, e se mantém estável ou se desenvolve gradualmente no sentido de um aumento gradual do controlo interno ou de diminuição do controlo externo ao longo da adolescência. Este aumento da sensação de controlo interno resultaria do sentido progressivo de competência pessoal proporcionado pelas modificações acentuadas na estrutura corporal ao longo da puberdade, da concetualização cognitiva de si mesmo e do mundo, da sensação de liberdade e poder pessoal (OLIVEIRA, 2008).

Pensa-se que o locus de controlo é uma característica relativamente duradoura, embora modificável com a experiência. O próprio Rotter (1966), apesar de falar em

«característica relativamente permanente» refere que este pode variar em função de determinados fatores (ALMEIDA e PEREIRA, 2006). Estes autores realçam ainda que, embora se trate de uma tendência sócio-cognitiva mais ou menos dominante do sujeito, tendo por isso o locus de controlo um valor preditivo do comportamento, não deve ser pensado em termos de «tipologia».

## 2.2 – VANTAGENS DA INTERNALIDADE/EXTERNALIDADE

No que respeita ao locus de controlo interno *versus* externo, não é indiferente a predominância de um ou de outro tipo, na medida em que de cada um deles dependerão expectativas diferentes em relação às situações de vida. Dada a importância deste construto no funcionamento psicológico dos indivíduos, foram realizados numerosos estudos cujos resultados salientam diferenças significativas nas características pessoais dos indivíduos com diferentes locus de controlo.

No que concerne à «vantagem» da internalidade sobre a externalidade, apesar de o próprio Rotter (1966) ter sugerido que os internos tendem a desenvolver mais esforços de realização, a estar mais atentos aos aspetos do meio ambiente que fornecem informações úteis para o seu futuro comportamento, a atribuir maior valor às competências ou reforços de realização e a mostrarem-se mais resistentes às tentativas subtis para o influenciar, do que os externos. Pensar em promover a internalidade em detrimento da externalidade, é partir da hipótese de que é melhor ser interno do que externo, o que nem sempre acontece. Em alguns casos, uma forte internalidade pode conduzir, por exemplo, a acentuados sentimentos de culpa se as coisas correm mal (OLIVEIRA, 2008).

Uma vasta bibliografia foi publicada com base neste construto, apesar dos seus resultados globais, por vezes, serem considerados, pelos autores, como pessimistas. No entanto, os estudos sobre as expectativas de controlo, no domínio da saúde em geral, seguiram a conceção ideológica derivada do modelo de Rotter segundo a qual parecia que “era bom, adaptativo e saudável ser interno, e mau ou inadaptativo ser externo” (ALMEIDA e PEREIRA, 2006). Apesar de, por vezes, isto se verificar, as investigações neste domínio levam-nos a concluir que não se pode estabelecer um raciocínio tão linear.

Alguns estudos demonstram que, enquanto os internos se mostram favorecidos em algumas características afectivo-sociais e cognitivas, apresentando-se mais tolerantes, sociáveis, intelectualmente eficazes, afirmativos e independentes, os externos mostram-se mais agressivos (devido à impotência social e à frustração), dogmáticos, desconfiados de si e dos outros, utilizando mais mecanismos de defesa. Os internos parecem também controlar

melhor o meio envolvente, procurando mais informação e usando-a melhor, além de se sentirem mais motivados para a realização de tarefas (OLIVEIRA, 2008).

Mas se o interno tem a sensação de dominar a situação, também o externo, de certa forma, percebe os acontecimentos, embora não na totalidade, como dependentes de si. Apesar desta especificação, no locus de controlo, a internalidade parece ser mais «vantajosa». No entanto, as tentativas de a incrementar nos estudantes com dificuldades em termos de realização, não produziram os efeitos desejados. Todavia, algumas experiências foram bem sucedidas e realçam a necessidade de mais investigações para explorar a possibilidade de alterar o nível de expectativa, através de programas educacionais, referindo que uma das áreas mais importantes de investigação seria a procura dos antecedentes e métodos para alterar as crenças de internalidade/externalidade (ALMEIDA e PEREIRA, 2006).

Algumas pesquisas têm apontado para a relação entre locus de controlo saudável e a execução de condutas relacionadas com a saúde, Dela Coleta (2009) propõe uma relação positiva entre internalidade de locus de controlo e aspetos positivos no comportamento. Pessoas internas parecem mais capacitadas a sobreviver a experiências difíceis. Além disso, a autora aponta padrões positivos de saúde relacionados com a internalidade: maior sucesso em programas de perda de peso, menor frequência de tabagismo, maior controlo pessoal sobre a diabetes, pressão arterial menos alta, crianças diabéticas têm melhor conhecimento sobre a sua doença, doentes renais têm melhor colaboração na diálise.

Paralelamente, alguns estudos sugerem que os internos obtêm melhores resultados quando está em causa a competência, enquanto os externos têm vantagens em relação a estes em situações onde a sorte domina. No entanto, as explicações são inversas e os resultados não são de todo concludentes. Apesar de tudo isto, em geral, parece que educar para a internalidade ajuda ao sucesso (OLIVEIRA, 2008).

Numa revisão das investigações que Cauce, Hannan e Sargeant (cit. por Almeida e Pereira, 2006) efectuaram, examinaram a relação entre os acontecimentos de vida stressantes, variáveis cognitivas como a percepção de controlo pessoal ou o apoio social e a adaptação psicológica em adolescentes. Da sua análise parece concluir-se que pessoas com uma sensação de controlo pessoal interno pareciam ser menos capazes de aceitar acontecimentos negativos exteriores ao seu controlo, pelo que teriam maior propensão à ação ou a utilizar o apoio de recursos do seu meio ambiente. Assim, um locus de controlo interno estaria positivamente relacionado com a adaptação psicossocial do adolescente, parecendo ter também um efeito protetor face aos potenciais acontecimentos “stressantes”. Ainda de acordo com os autores, outros estudos sugeriam a existência de efeitos protetores

quando as características de personalidade se referem ao domínio de onde provém a fonte de stress ou à área de adaptação. No seu estudo sobre a interação entre stress, locus de controlo e apoio social em adolescentes, estes autores verificaram que um locus de controlo interno mais elevado se relacionava com melhor controlo da ansiedade, melhor adaptação geral, escolar e competência física.

Foi publicada uma vastidão de literatura com base neste conceito, da qual parece constatar-se que os sujeitos com um locus de controlo interno apresentam uma maior probabilidade de se envolver em comportamentos promotores de saúde, apesar de em situações de doença aguda ou crónica, poder ser mais vantajoso acreditar nos outros poderosos.

### 2.3 – LOCUS DE CONTROLO E SAÚDE

O conceito de locus de controlo foi aplicado à saúde por Wallston, que começou por detetar o uso do locus de controlo na comunidade médica, em consultas de diabéticos. O que observou foi que o pessoal médico tentava empreender, nos pacientes e nas suas famílias, um locus de controlo interno que melhoraria as hipóteses de controlar a sua doença e a qualidade de vida global (PAIS-RIBEIRO, 2007).

O locus de controlo de saúde refere-se, então, ao grau em que o indivíduo acredita que pode ter controlo sobre a sua saúde. Wallston desenvolveu instrumentos para avaliar em que medida os sujeitos concebiam o seu estado de saúde ou a sua doença como controlados por eles próprios, pelo acaso ou por outros significativos.

Foram também identificadas três dimensões do locus de controlo percebido para a saúde: interior, acaso e autoridades externas. De acordo com este modelo, as pessoas com locus de controlo interno, como consideram que a sua saúde depende do seu próprio controlo, têm maior probabilidade de adotar comportamentos de promoção de saúde e de adesão ao regime terapêutico. Os que atribuem o locus de controlo ao acaso têm maior probabilidade de adotar comportamentos prejudiciais à saúde. A crença em autoridades externas (frequentemente os profissionais de saúde), tem implicações na adoção de comportamentos de saúde que são mais difíceis de prever, uma vez que uma crença elevada pode indicar uma grande receptividade às mensagens dos profissionais de saúde, mas, também, podem indicar uma forte crença na capacidade da medicina, de curar todas as doenças, levando a pessoa a descurar a promoção e a manutenção da saúde. As crenças, relativas ao locus de controlo, influenciam a adopção de comportamentos saudáveis, quando as pessoas atribuem à saúde uma importância elevada. Esta teoria foi

uma das mais influentes na psicologia da saúde e originou alargada investigação, no entanto os resultados dos diversos estudos foram pouco convincentes, com achados positivos e negativos, que põem em causa a sua capacidade para predizer o comportamento das pessoas no que diz respeito à prevenção e promoção da saúde (ALMEIDA e PEREIRA, 2006).

De facto, conhecer o locus de controlo do paciente é importante para que se antecipem as mudanças que ele poderá necessitar para uma melhor condução do tratamento. Diversos estudos têm demonstrado que o locus de controlo de saúde é um importante preditor de comportamentos de saúde. Um controlo interno tem sido associado a variáveis consideradas importantes, tanto para o sistema de saúde, em geral, como para o de cuidados de saúde, em particular, nomeadamente: conhecimento acerca das doenças, capacidade para deixar de fumar, capacidade para perder peso etc. (MATOS e MACHADO, 2007).

Para além destes aspetos, outras investigações têm demonstrado que um locus de controlo interno está associado a: envelhecimento saudável; ajustamento à dor; adoção de comportamentos de promoção de saúde; redução de consumo de tabaco e melhoras na saúde mental e emocional. Estudos realizados em amostras asiáticas descobriram a associação entre locus de controlo de saúde interno e ajustamento psicológico positivo, em estudantes do ensino secundário. Foi também demonstrado que os sujeitos que detêm uma expectativa generalizada de controlo externo têm menos sucesso no “coping” com o seu ambiente, sendo menos eficazes e menos independentes (NORIEGA *et al*, 2009).

Em suma, um vasto número de investigações sobre as perceções de controlo pessoal sobre a saúde tem sido desenvolvido, com algum sucesso. O conjunto de estudos com resultados mais promissores deriva do modelo teórico proposto por Rotter, sobre o locus de controlo (PAIS-RIBEIRO, 2007). De acordo com este modelo, será de prever que, sujeitos com um maior sentido de controlo interno, acreditem que podem influenciar a sua saúde e desenvolvam um maior número de atitudes e comportamentos promotores de saúde, de prevenção da doença ou de controlo da mesma e de manutenção de bem-estar.

Apesar dos resultados das investigações nem sempre estarem de acordo com o previsto pelo modelo teórico do locus de controlo, pode considerar-se que o locus de controlo é um bom preditor da adesão terapêutica. Desta forma, o conhecimento do locus de controlo será útil para o planeamento de programas de saúde e de estratégias terapêuticas. Por um lado, os pacientes com uma orientação mais interna poderão necessitar de mais alternativas terapêuticas, de maior envolvimento na escolha de uma alternativa e maior responsabilização pela sua execução. Por outro lado, os pacientes com orientação mais

externa necessitarão de maior apoio social e de compreender a importância do seguimento escrupuloso das instruções dos técnicos de saúde (NORIEGA *et al*, 2009).

Numa extensa revisão sobre locus de controlo e saúde, onde os sujeitos internos mostram melhores resultados e comportamentos de saúde mais adequados relativos a: tabagismo, vacinação, exercícios, obesidade, controle da natalidade, coronariopatias, entre outros. Em geral, as amostras de doentes crónicos ou graves eram mais externas que pacientes menos graves ou que grupos de controlo. Indivíduos internos também procuram, mais do que os externos, informações sobre sua doença (AMORIM, 2009). Esta autora verificou correlação significativa entre locus de controlo e adesão ao tratamento.

Na maioria dos estudos, os resultados são semelhantes e referem-se ao melhor desempenho dos sujeitos internos em deixar de fumar, perder peso, controlar a diabetes, controlar a pressão arterial, tomar medicações, conhecer a sua doença, usar aparelhos corretivos, reabilitar-se, colaborar na diálise e na fisioterapia (NORIEGA *et al*, 2009).

No entanto, nem todos os estudos são coincidentes, uma vez que algumas investigações que procuraram conhecer o papel das crenças de locus de controlo no comportamento de adesão terapêutica, são díspares e inconclusivas. Alguns não encontram qualquer relação entre crenças de controlo e adesão, e os que encontram alguma relação não são consistentes (AMORIM, 2009).

### 3 – ADESÃO À TERAPÊUTICA

Adesão ao regime terapêutico, adesão terapêutica ou ainda adesão ao tratamento, são diferentes modos de nomear a mesma entidade. Estima-se que 30 a 50% dos doentes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico. Um elevado número de estudos apontam para uma taxa de adesão, em pessoas com doenças crónicas, nos países desenvolvidos na ordem dos 50%, sendo a magnitude e impacto da não adesão ainda maior nos países mais pobres (WHO, 2005).

Diante de várias posições quanto à terminologia adequada para definir adesão à prescrição médica, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) define-a como a magnitude com que o comportamento de um doente coincide com o aconselhamento médico. Os termos cumprimento, obediência, observância também são empregues na linguagem atual para definir o seguimento do doente às instruções do médico.

O termo adesão expressa compreensão e cooperação, subentendendo um comportamento ativo por parte do doente e sugerindo um envolvimento colaborativo no processo de planeamento e implantação do seu tratamento.

A adesão terapêutica pode ser definida como o respeito pelo doente das prescrições médicas, é uma questão vital para garantir a plena eficácia dos medicamentos em seu benefício (CABRAL e SILVA, 2010). Pode falar-se em falta de adesão quando:

- ocorrem falhas na toma da medicação, ainda que sejam apenas algumas;
- não se toma a dose indicada pelo médico;
- não se respeitam os horários indicados pelo médico;
- não se cumprem as indicações do médico;
- se interrompe totalmente a terapêutica;
- se falte à consulta;
- não se realizam os exames pedidos.

A falta de adesão ocorre, portanto, quando o comportamento do doente não coincide com as recomendações do médico ou de outro profissional de saúde, não se circunscrevendo a definição do conceito apenas a desvios na aplicação do regime terapêutico tal como foi prescrito, mas também ao facto de não seguir as indicações relativas a alterações nos hábitos de saúde e estilos de vida no sentido de adotar práticas saudáveis, bem como não comparecer a consultas médicas previamente marcadas ou não realizar exames complementares de diagnóstico prescritos (CABRAL e SILVA, 2009).

Qualquer prescrição médica é passada com o intuito de trazer benefícios para o doente. No entanto, o uso incorreto dessa prescrição por parte do doente pode ter consequências para o próprio e provocar também efeitos colaterais mais amplos em termos sociais e económicos.

A capacidade que o indivíduo tem de perceber a condição da sua doença é determinante para a adesão à terapêutica. Esta está relacionada com a gravidade dos sintomas, o nível de deficiência (física, psicológica, social e profissional), a taxa de progressão e gravidade da doença, bem como a disponibilidade efetiva para a terapêutica. O impacto da doença influencia o indivíduo na percepção do risco, na importância de seguir a terapêutica, bem como a prioridade colocada na adesão.

Em suma, a falta de adesão à terapêutica tem efeitos adversos na qualidade dos cuidados médicos. Esta interfere com os esforços terapêuticos, reduzindo os benefícios clínicos da medicação e promovendo a utilização de meios diagnósticos e de tratamento desnecessários (BUGALHO e CARNEIRO, 2009).

Neste contexto, os profissionais de saúde representam um veículo importante, para melhorar a adesão à terapêutica, uma vez que esta é considerada essencial para o bem-estar do doente, por isso fazem-se várias recomendações para melhorar a comunicação e, logo, a adesão. Estas recomendações devem ser expressas através de informação oral e escrita (ROCHA *et al*, 2008).

Efectivamente, os problemas da adesão verificam-se em todas as situações em que existe auto-administração da terapêutica, muitas vezes independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos da saúde, no entanto, a crença de que os doentes são os únicos responsáveis pela adesão à sua terapêutica é enganosa e representa um equívoco, dado existirem diversos fatores que afetam o seu comportamento e a capacidade de adesão à terapêutica (SANTOS *et al*, 2010).

A adesão a comportamentos de prevenção e controle de doenças cardiovasculares tem sido uma preocupação de pesquisadores e de pessoal de saúde, dada a sua alta morbilidade e mortalidade.

#### 4 – CARDIOPATIA ISQUÉMICA

A cardiopatia isquémica, também designada por doença coronária, é definida como um défice de oxigénio e diminuição ou ausência de irrigação sanguínea do miocárdio, causadas por estreitamento ou obstrução das artérias coronárias, são síndromes isquémicas decorrentes da manifestação tardia de arteriosclerose, devido a entrega de oxigénio inadequada ao miocárdio (PEREIRA, ALMEIDA e DOMINGOS, 2008).

Na fisiopatologia da cardiopatia isquémica estão implicados dois processos: a oferta e a demanda de oxigénio pelo miocárdio. A isquémia miocárdica ocorre quando há desequilíbrio na oferta e na demanda de oxigénio. Duas situações alteram a oferta de oxigénio para o miocárdio: a isquémia e a hipoxémia. Nalgumas condições, o comprometimento da oferta de oxigénio é secundário à diminuição do fluxo sanguíneo, sendo essa a fisiopatologia da maioria dos casos de enfarte agudo do miocárdio e dos episódios de angina instável. Noutras situações, como a hipertrofia ventricular, o aumento na demanda de oxigénio é o principal responsável pela isquémia miocárdica. Além disso, o sinergismo desses dois mecanismos é o principal fator na determinação de isquémia nos casos de angina crónica estável. Esforço físico, stress emocional, taquicardia ou hipertensão arterial associados à obstrução coronária alteram, não só a demanda, como a oferta de oxigénio, desencadeando isquémia miocárdica. A hipoxémia, por sua vez, caracteriza-se pela redução da oferta de oxigénio, mas com perfusão sanguínea adequada (PEREIRA, ALMEIDA e DOMINGOS, 2008).

O diagnóstico da cardiopatia isquémica baseia-se na história clínica, na presença de factores de risco coronário e em exames complementares. Dependendo da situação apresentada, esse diagnóstico muitas vezes constitui um desafio. A coronariografia é “o exame de ouro” para esse diagnóstico; no entanto, é um exame invasivo e relativamente dispendioso, sendo indicado como procedimento inicial em doentes com dor pré-cordial numa pequena proporção dos casos. A história clínica e o exame físico, complementados por eletrocardiograma e radiografia de tórax, são suficientes para o diagnóstico da maioria dos casos de dor torácica, discernindo quem necessitará de maior investigação (SANTOS *et al*, 2010).

O quadro clínico da cardiopatia isquémica depende da síndrome clínica que o doente apresenta, podendo apresentar-se com os seguintes quadros clínicos:

- enfarte agudo do miocárdio;

- angina de peito instável ou aguda;
- angina estável de esforço;
- isquémia por vasospasmo coronário;
- isquémia assintomática.

O conceito de factor de risco cardiovascular, introduzido por volta dos anos 60 do século XX, como sendo o conjunto de fatores que aumentam a probabilidade de ocorrência de um determinado evento, como por exemplo, uma síndrome coronária aguda ou morte súbita, levanta o importante desafio epidemiológico de descobrir as suas causas reais / factores causais, de uma forma cientificamente correta (SANTOS *et al*, 2010).

Os fatores de risco cardiovasculares não modificáveis ou “não dependentes da vontade” são aqueles que o indivíduo não pode alterar, como o sexo, a idade, a história familiar ou a sua história pessoal passada. No entanto, embora o sexo não seja passível de alteração, as mulheres parece correrem um risco aumentado devido a atitudes médicas e/ou opções terapêuticas diferentes, relativamente ao sexo masculino (SANTOS *et al*, 2010). Este facto pode-se justificar pelo antigo “mito” de que as mulheres estariam mais protegidas do que o sexo masculino.

Os factores de risco cardiovasculares modificáveis, por sua vez, são fatores de risco que podem ser modificados através da adoção de novos comportamentos ou um novo estilo de vida, também podem ser denominados de “dependentes da vontade” pois dependem da motivação pessoal que, por sua vez, depende de valores/normas pessoais, de atitudes e da percepção de controlo (SANTOS *et al*, 2010).

As doenças cardiovasculares, especificamente a doença arterial coronária, representam a causa mais frequente de morte nos países desenvolvidos (WHO, 2008). A terapêutica da miocardiopatia isquémica baseia-se no enfoque dos seguintes aspetos: orientação geral com relação ao estilo de vida e incentivo para o exercício físico; tratamento e redução dos fatores de risco para doença coronária; uso de medicamentos anti-anginosos e anti-plaquetários; tratamento de doenças concomitantes que piorem a isquémia miocárdica; e, por fim, a terapêutica invasiva com revascularização percutânea por angioplastia ou eventualmente cirúrgica com pontes.

## 5 – METODOLOGIA

A fase metodológica ... consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses. Após ter estabelecido a maneira de proceder, o investigador define a população em estudo, determina o tamanho da amostra e precisa os métodos de colheita de dados (FORTIN, 2009, p. 53).

Neste capítulo, pretendemos descrever a metodologia utilizada ao longo desta investigação, iniciando pelo enquadramento do tema, questão e hipóteses de investigação, falamos dos objetivos, tipo de estudo, apresentação da relação esquemática da relação previsível entre variáveis, diremos quem são os participantes, critérios de inclusão e os procedimentos na recolha de dados.

O nosso trabalho desenvolve-se em duas fases: na primeira temos o locus de controlo como variável dependente, e pretendemos relaciona-lo com as variáveis independentes, tentando perceber quais as que têm influência sobre este, na segunda fase, temos como variável dependente a adesão à terapêutica e o locus de controlo passa a ser a nossa variável independente e vamos tentar perceber se este influencia a adesão à terapêutica.

### 5.1 – ENQUADRAMENTO DO TEMA

Estudos que envolvem a opinião dos doentes são de grande utilidade na medida em que, conhecendo a sua opinião, poderemos planear e gerir os serviços de saúde de forma mais efetiva, indo de encontro às necessidades, desejos e expectativas, que são o elemento principal do sistema de saúde (FERNANDES, SECO e QUEIRÓS, 2009).

Existe evidência que a adesão aos regimes de tratamento se relaciona com a ligação entre o doente, a família e o profissional de saúde, não sendo esta uma característica de apenas um destes elementos. Nesta perspetiva, realça-se a importância da relação de parceria que deve existir entre o profissional e o doente, não sendo então este um elemento passivo, mas sim um sujeito ativo em todo o processo terapêutico (KLEIN e GONÇALVES, 2005).

A satisfação do doente com os cuidados de saúde, e a relação com os profissionais de saúde, é um fator que pode influenciar a adesão ao tratamento. A relação profissional de saúde/doente é importante na perceção e interpretação dos problemas relacionados com a adesão ao regime terapêutico (CABRAL e SILVA, 2009).

Esta realidade reforça a ideia de que, a não adesão ao regime terapêutico não é da completa responsabilidade dos doentes, mas sim uma consequência das características da personalidade, dos profissionais de saúde e da capacidade destes em estabelecer uma relação (CABRAL e SILVA, 2009).

Amorim (2009) diz-nos que o locus de controlo influencia a adesão à terapêutica. Também nesta linha de pensamento, Ribeiro (1994), afirma poder considerar-se que o locus de controlo é um bom preditor da adesão terapêutica.

Estes aspetos levam-nos a considerar pertinente estudar a adesão à terapêutica e tentar perceber se o seu locus de controlo interfere nessa adesão.

Assim, a nossa questão de investigação é: **“Em que medida o locus de controlo influencia a adesão à terapêutica nos doentes com cardiopatia isquémica?”**.

Sendo a adesão à terapêutica um fator importante, e com repercussões na vida do doente, sabendo que o locus de controlo varia de pessoa para pessoa, e este interfere com as atitudes e percepções do indivíduo, pretendemos analisar quais as variáveis que influenciam o locus de controlo e se este influencia a adesão à terapêutica.

Assim delineámos como objetivos específicos:

- Associar as variáveis sociodemográficas, clínicas, sociofamiliares, de serviços de saúde e terapêutica farmacológica com o locus de controlo;
- Associar o locus de controlo com a adesão à terapêutica.

Tendo por base os objetivos e as características do estudo, optámos por um estudo exploratório, quantitativo, não experimental, descritivo-correlacional e transversal.

É um estudo exploratório, na medida em que pretende aprofundar o conhecimento sobre uma determinada realidade e produzir, essencialmente, descrições sobre os eventos investigados sugerindo explicações e hipóteses causais.

Classificamos este estudo quanto ao método, como quantitativo, pois a sua grande meta é a junção de dados, tendo em vista a sua comparação com dados de outros estudos. Temos consciência de que a investigação quantitativa visa a generalização dos resultados obtidos com amostras, através de relações entre variáveis por meio de verificação de

hipóteses, predição de resultados de causa e efeito ou verificação de teorias (FORTIN, 2009).

Apresenta-se como não-experimental, visto que não recorre à aleatoriedade, à manipulação de variáveis, nem a grupos de comparação/ de controlo. O investigador limita-se a observar, não interferindo (SOUSA, DRIESSNACK e MENDES, 2007).

Pode também ser considerado descritivo-correlacional, uma vez que "visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação" (FORTIN, 2009, p. 34). O estabelecer relações entre variáveis permite circunscrever o fenómeno estudado. Este estudo pretende descrever a influência das variáveis sobre o locus de controlo e a influência deste na adesão à terapêutica no doente com cardiopatia isquémica.

É ainda um estudo transversal, uma vez que as variáveis em questão são estudadas num determinado momento, prevê-se um único momento para a recolha de dados fazendo um corte no tempo. Este tem por objetivo medir a frequência de um acontecimento numa determinada população (FORTIN, 2009).

O desenho de investigação está representado esquematicamente e expõe as variáveis consideradas para o estudo bem como a previsível articulação (Figura 1).

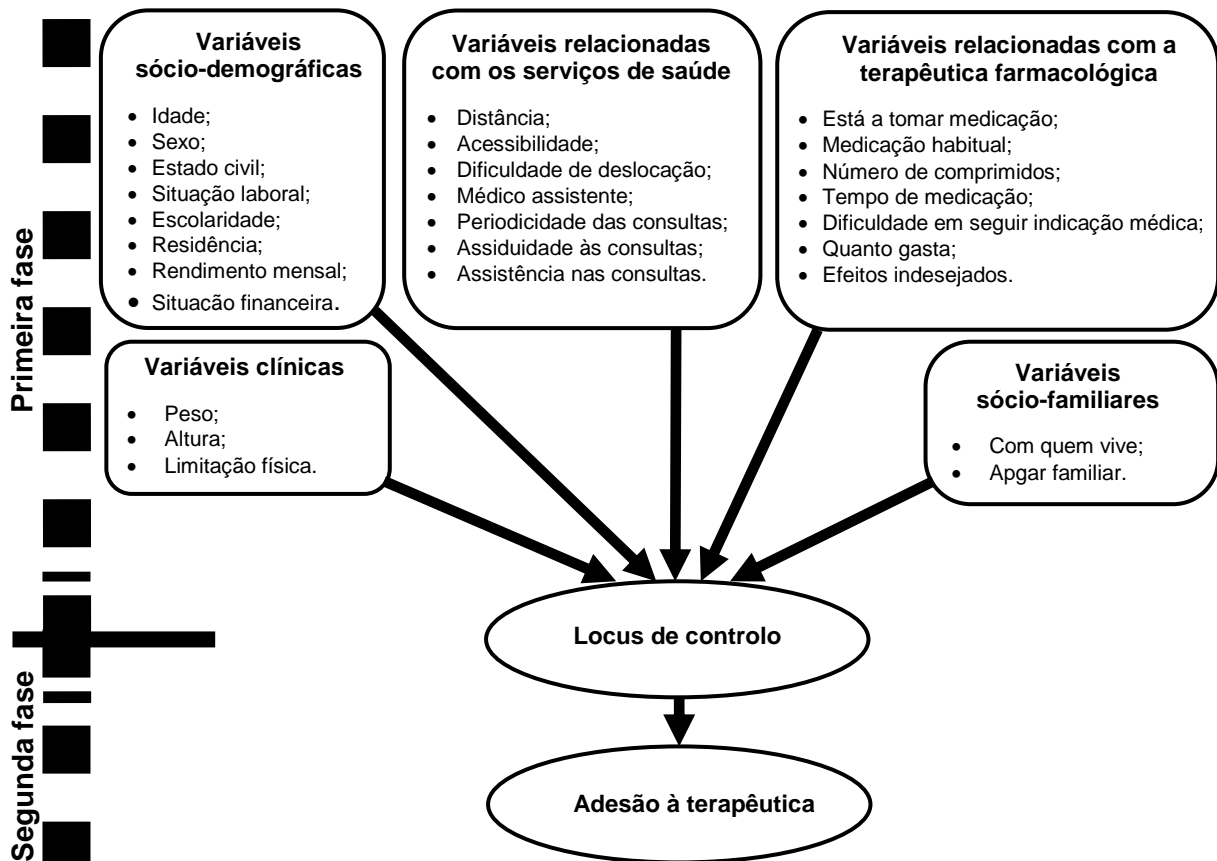


Figura 1 – Representação esquemática da relação previsível entre variáveis

## 5.2 – PARTICIPANTES

Tendo em conta o tipo de estudo e a necessidade de obtermos uma amostra significativa, optámos pelo método de amostragem não probabilística de natureza acidental, isto é, formada por sujeitos facilmente acessíveis, presentes num determinado local e momento e que respondem aos critérios de inclusão (FORTIN, 2009). “Hipóteses são suposições colocadas como respostas plausíveis e provisórias para o problema de pesquisa.” (CARVALHO, 2009, p. 124), (Apêndice 1).

Por sua vez a amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população (FORTIN, 2009).

Desta forma, define-se amostra como um subconjunto ou um grupo de sujeitos da população, que constituem uma réplica em miniatura da população-alvo.

A população alvo deste estudo foi a população de doentes portadores de cardiopatia isquémica que frequentavam as consultas de cardiologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e Centro Hospitalar de Tondela Viseu. Os dados foram colhidos no período compreendido entre Junho de 2011 e Agosto de 2011.

Neste estudo, definimos os seguintes critérios:

### **Critérios de inclusão**

- Doentes com cardiopatia isquémica que recorram à consulta de cardiologia;
- Idade maior ou igual a 18 anos na data da realização do questionário.

### **Critérios de exclusão**

- Doentes que se recusem a participar.

### **Caracterização sócio-demográfica** (Apêndice 2 – quadros 1 e 2)

A amostra é constituída por 96 elementos, apresentando as características que passamos a descrever.

**Idade** – A idade varia entre 41 anos, de mínima, e 86 anos, de máxima, com uma média de 66,54, desvio padrão 10,51 e coeficiente de variação de 15,79%, o que nos indica fraca dispersão. Os valores de simetria ( $S_w/error = -1,33$ ) indicam uma curva simétrica e os valores de curtose ( $K_w/error = -1,49$ ) indicam uma curva mesocúrtica.

Apesar da idade dos homens ser inferior à das mulheres ( $\bar{X} = 66,40$ ;  $s = 10,40$  versus  $\bar{X} = 67,05$ ;  $s = 11,11$ ), o teste t de Student revelou que não existe diferença estatisticamente significativa entre sexos ( $t = -0,248$ ;  $p = 0,804$ ).

**Sexo** – É um grupo predominantemente masculino com 75 elementos (78,1%) e 21 elementos do sexo feminino (21,9%).

**Estado civil** – A grande maioria é casada (75%) seguida do grupo de viúvos (12,5%).

**Situação laboral** – É um grupo predominantemente de reformados (60,4%).

**Escolaridade** – A maior percentagem tem como escolaridade a escola primária (54,2%). Salienta-se ainda, que existe 9,4% que não sabem ler nem escrever.

**Residência** – Maioritariamente são residentes na aldeia (53,1%), distribuindo-se os restantes, pela cidade (30,2%) e vila (16,7%).

**Rendimento mensal** – A maior percentagem auferem um rendimento líquido inferior a 485€ (43,8%) e apenas 9,4% um rendimento superior a 1456€.

**Situação financeira** – A maior percentagem refere ter o suficiente para as necessidades (40,6%), seguido dos que referem ter algumas dificuldades económicas (36,5%).

**Em suma:**

A idade do grupo em estudo varia entre 41 e 86 anos ( $\bar{X} = 66,54$ ;  $s = 10,51$ ).

Do sexo masculino são 78,1%.

A grande maioria é casada (75%).

Predominam os reformados (60,4%).

Existem alguns elementos que não sabem ler nem escrever (9,4%) e a maior percentagem tem como escolaridade a escola primária (54,2%).

Maioritariamente vivem na aldeia (53,1%).

Têm essencialmente rendimentos inferiores ao salário mínimo (43,8%).

A maior percentagem refere ter o suficiente para as necessidades (40,6%).

### 5.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O questionário utilizado foi elaborado pelo investigador e este foi o resultado da consulta e análise de bibliografia relacionada com a área da investigação, bem como de outros questionários utilizados em áreas de investigação semelhantes. Este encontra-se em anexo (Apêndice 3).

O questionário é constituído por:

**Parte I - Variáveis sócio-demográficas** - pretende-se avaliar os aspectos sócio-demográficos, nomeadamente obter elementos de natureza pessoal, ou seja a caracterização do indivíduo: idade, sexo, estado civil, situação laboral, escolaridade, residência, rendimento mensal e situação financeira.

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

**Parte III - Variáveis sócio-familiares** - pretende-se saber com quem vive e obter um conhecimento acerca da funcionalidade familiar através da aplicação da Escala de Apgar Familiar.

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

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

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

**Parte VII - Variável psicológica: Locus de controlo** - este ponto visa avaliar o locus de controlo dos indivíduos com doença coronária através da aplicação da escala versão portuguesa da RLOC (Recovery Locus of Control – C. Partridge & M. Johnson, 1989) adaptada por Rui Aragão Oliveira e Rui Paixão (1998).

#### 5.4 – PRÉ-TESTE

Fortin (2003) define “pré-teste” como medida de uma variável efectuada nos participantes antes que seja aplicado o tratamento experimental, permitindo deste modo colocar em evidência os problemas na formulação das questões assim como a sequência e a forma de registar as respostas, ou seja, o ensaio do instrumento de medida a aplicar na população alvo. Tem assim, como objetivo principal avaliar a pertinência e eficácia do questionário.

O pré-teste é, assim, indispensável pois permite modificar o questionário, corrigir e resolver problemas imprevistos até na ordem e na redação das questões. Nesta perspetiva, de modo a identificar as dificuldades que poderiam surgir na aplicação do instrumento de medida, quer na sua compreensão, quer no encadeamento das várias questões colocadas, foi realizado um pré-teste, no mês de Junho, a 10 doentes crónicos, uma vez que possuíam as mesmas características dos participantes do estudo. Após a aplicação desse pré-teste, constatámos a necessidade de efetuar pequenos ajustes para que os termos utilizados fossem facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos, para que as questões utilizadas permitissem colher as informações desejadas e não apresentasse ambiguidade.

#### 5.5 – PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS

O processo de investigação deve garantir o consentimento livre e informado, confidencialidade, respeito pela segurança e dignidade, respeito pelos valores religiosos e culturais de cada sujeito. Deve igualmente solicitar-se autorização às instituições envolvidas para a aplicação do instrumento de colheita de dados e mencionar sempre o autor.

Foi nossa preocupação respeitar os princípios éticos relacionados com a investigação, pelo que foi necessário efetuar um conjunto de procedimentos para a oficialização e cumprimento dos requisitos que lhe estão subjacentes e que compreendeu várias fases distintas. Numa primeira fase, foi solicitada autorização ao Conselho de Administração das instituições onde iriam ser colhidos os dados (Apêndice 3). O respeito pelos procedimentos éticos foi também garantido pela participação voluntária e assinatura

do consentimento informado pelos doentes, após informação sobre os objectivos do estudo e garantia da confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes (Apêndice 3).

## 5.6 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

O tratamento estatístico tem início com a colheita de dados terminando com a análise e interpretação dos resultados. Este refere-se à análise dos dados numéricos por meio de técnicas estatísticas (ou testes estatísticos), tendo em consideração a função que as variáveis exercem na investigação (FORTIN, 2009).

Os dados obtidos foram tratados informaticamente, utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0 (2010), ambiente *Windows*, para a elaboração da base de dados e da folha de cálculo.

No que respeita à estatística inferencial, recorreu-se ao uso da estatística paramétrica. A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populacionais (MARÔCO, 2010).

Este autor acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas, o que aliás, vai de encontro ao referido por Pestana e Gajeiro (2008) quando afirmam que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas, para amostras iguais ou inferiores a 30, este teste exige que os grupos em análise tenham uma distribuição normal.

Já a estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificaram (MARÔCO, 2010).

De entre as técnicas utilizadas destacam-se as análises de correlação e regressão. A análise de correlação permitiu medir o grau de relacionamento entre as variáveis, a análise de regressão possibilitou estimar os valores da variável dependente com base de uma ou mais variáveis independentes.

Para analisar a simetria (Skewness/error) e a curtose (Kurtosis/error) utilizamos os seguintes valores:

- 
- Skewness/error  $\leq -1,96$  – assimétrica negativa ou enviesada à direita;
  - $-1,96 < \text{Skewness/error} \leq 1,96$  – simétrica;
  - Skewness/error  $> 1,96$  – assimétrica positiva ou enviesada à esquerda.
  - Kurtosis/error  $\leq -1,96$  – platicúrtica;
  - $-1,96 < \text{Kurtosis/erro} \leq 1,96$  – mesocúrtica;
  - Kurtosis/error  $> 1,96$  – leptocúrtica.

Para analisar os valores dos coeficientes de dispersão consideramos os seguintes intervalos:

- CV  $< 15\%$  – Dispersão fraca;
- $15\% < \text{CV} < 30\%$  – Dispersão média;
- CV  $> 30\%$  – Dispersão elevada.

Foram seleccionados os seguintes níveis de significância:

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

Relativamente às correlações de Pearson utilizamos valores de r:

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



## 6 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, pretendemos descrever e explicar o fenómeno em estudo, descrevendo, analisando e interpretando os resultados obtidos.

Este encontra-se organizado em duas partes fundamentais. A primeira baseia-se na análise descritiva e a segunda na análise inferencial dos resultados. A apresentação dos dados é feita através de tabelas e quadros, de modo a facilitar a sua compreensão, com omissão das fontes em virtude de os dados serem colhidos por nós e estes se referirem sempre ao presente estudo.

### 6.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo, iremos realizar a análise descritiva, iniciando pelas características clínicas, sócio-familiares, relacionadas com relacionadas com serviços de saúde, com a terapêutica farmacológica, com a adesão ao tratamento e com o locus de controlo e cujos quadros se encontram em apêndice (Apêndice 4).

#### – **Características clínicas** (quadros 3 e 4)

**Índice de massa corporal** – Para o IMC verificou-se como valor mínimo 19,8 Kg/m<sup>2</sup> e como valor máximo 40,1 Kg/m<sup>2</sup>. A média apresentada é de 27,28, correspondendo-lhe um desvio padrão de 4,23. Apresenta uma dispersão moderada dos valores em torno da média ( $Cv = 15,49$ ). Quanto ao valor de simetria ( $Sw/error = 4,61$ ), verificamos que a curva é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e leptocúrtica, ( $Kw/error = 2,61$ ). Os indivíduos do sexo masculino apresentam valores médios para o IMC superiores ( $\bar{X} = 28,01$ ;  $s = 4,24$ ) aos do sexo feminino ( $\bar{X} = 24,67$ ;  $s = 3,05$ ).

Analisando a variável por classes, dos indivíduos da amostra 49,0% apresentam pré-obesidade sendo, maioritariamente (58,7%) do sexo masculino. Já o sexo feminino está minoritariamente (76,2%) na classe saudável. Salientamos que nenhum indivíduo da amostra se encontra na classe magreza.

O teste t de student revelou que existe diferença estatisticamente significativa entre sexos ( $t = 3,372$ ;  $p = 0,013$ )

**Limitação física** – Podemos observar que a maior percentagem refere não ter limitações (49,0%) e apenas 2,1% referem severas limitações mesmo em repouso. Este grupo é exclusivamente do sexo masculino.

**Em suma:**

Quanto ao IMC, maioritariamente situam-se nas classes pré-obesidade (49,0%) e saudável (32,3%).

No que concerne a limitações físicas 49,0% não têm.

– **Características sociofamiliares** (quadros 5 e 6)

**Com quem vive** – Podemos observar que essencialmente os indivíduos (50,0%) vivem com cônjuge/companheiro(a), ou com a família restrita (33,3%), salienta-se que uma percentagem significativa (10,4%) vive sozinha. Analisando em função do sexo salientamos que nenhuma mulher vive no lar, no entanto é maior a percentagem (14,3%) das que vivem sozinhas, comparando com os homens (9,3%).

**Apgar familiar** – A família altamente funcional é o tipo de funcionalidade observado com maior frequência (59,4%).

Nos indivíduos do estudo, a média do Apgar familiar obtido foi de 7,10 ( $s = 3,26$ ), o coeficiente de variação de 45,83%, indicativo de um desvio elevado em torno do valor médio. Quanto à simetria, é assimétrica negativa ou enviesada à direita ( $Sw/error = -3,80$ ) apresentando uma curva mesocúrtica ( $Kw/error = -0,55$ ).

Os indivíduos do sexo masculino apresentaram valores médios inferiores ( $\bar{X} = 7,09$ ;  $S = 3,46$ ) aos apresentados pelo sexo feminino ( $\bar{X} = 7,14$ ;  $S = 2,46$ ), não existindo diferença estatisticamente significativa ( $t = -0,061$ ;  $p = 0,951$ ).

**Em suma:**

Essencialmente, vivem com cônjuge/companheiro(a) (50,0%), no entanto uma percentagem significativa vive sozinho (10,4%).

A família altamente funcional é o tipo de funcionalidade observado com maior frequência (59,4%).

– **Características relacionadas com serviços de saúde** (quadros 7 e 8)

**Distância** – Relativamente à distância do domicílio ao hospital/centro de saúde constatamos que a distância máxima é de 102 km, com uma distância média de 17,95 km, desvio padrão 20,19 e o coeficiente de variação de 112,50%, indicativo de uma dispersão

elevada em torno do valor médio. A média no sexo masculino é inferior (17,94;  $s = 19,84$ ) à do sexo feminino (18,00;  $s = 21,91$ ), no entanto, não existe diferença estatisticamente significativa entre sexos ( $t = -0,012$ ;  $p = 0,990$ ). Quanto à simetria, é simétrica ( $Sw/error = 0,25$ ) apresentando uma curva mesocúrtica ( $Kw/error = 0,49$ ).

**Acessibilidade** – Verificamos que a maioria (64,6%) utiliza transporte próprio e que o táxi é o meio de transporte menos utilizado (5,2%). Analisando quanto ao sexo, verificamos que as mulheres recorrem mais ao transporte de familiares e vizinhos (38,1%); em contrapartida os homens são os únicos a usar o táxi (6,7%).

**Dificuldade de deslocação** – A maioria dos indivíduos refere não ter dificuldade em se deslocar à consulta (62,5%), contribuindo para este número essencialmente os homens (66,7%), já que as mulheres sentem mais dificuldade na deslocação (52,4%).

Dos indivíduos que referem dificuldade (37,5%), 47,2% referem que a principal dificuldade é a “dificuldade de transporte”, é também significativa a percentagem dos que referem necessitar de acompanhamento (30,6%). Salienta-se que apenas os homens referem não poder faltar ao trabalho (5,6%).

**Médico assistente** – A maioria dos indivíduos (76,0%) tem acompanhamento médico por um cardiologista, e apenas 7,3% de um médico particular não cardiologista, de referir que são as mulheres quem mais recorre ao médico particular (19,0%).

**Periodicidade das Consultas** – Verificamos que 53,1% da nossa amostra tem consultas com uma periodicidade semestral e apenas 4,2% tem mais de quatro consultas por ano e são as mulheres quem mais contribuem para este grupo (14,3%).

**Assiduidade às consultas** – Constatamos que a grande maioria (82,3%) nunca faltou às consultas e que apenas os homens faltaram algumas ou muitas vezes.

**Relacionamento na consulta** – Realçamos que, neste ponto, os valores são muito próximos quando falamos do médico, do enfermeiro, dos assistentes operacionais ou do pessoal administrativo, sendo que a maioria dos indivíduos da amostra considera que tem muito boa relação (> 60%), contribuindo para este número mais as mulheres (> 71%), e apenas uma pequena percentagem (3,1%) refere que essa relação é regular, sendo que este grupo é constituído apenas por homens.

#### **Em suma:**

A distância máxima do domicílio ao hospital/centro de saúde é de 102 km ( $\bar{X} = 17,95$ ).

O meio de transporte mais utilizado é o transporte próprio (64,6%).

A maioria não tem dificuldade em se deslocar à consulta (62,5%).

O médico assistente mais comum é o cardiologista (76,0%).

A periodicidade de consultas mais frequente é semestral (53,1%).

Em termos de assiduidade, 82,3% nunca faltou às consultas.

O relacionamento na consulta é considerado pela maioria como muito bom (> 60%), com os vários grupos profissionais.

– **Características relacionadas com a terapêutica farmacológica** (quadros 9 e 10)

**Está a tomar medicação** – Constatamos que a totalidade da amostra (100,0%) toma medicação.

**Medicação** – O número de comprimidos varia entre 1 e 21, com um número médio de 7,36 ( $s = 3,70$ ) e os homens tomam em média mais comprimidos ( $\bar{X} = 7,66$ ;  $s = 3,84$ ) que as mulheres ( $\bar{X} = 6,29$ ;  $s = 2,99$ ).

Relativamente ao tempo de medicação constatamos que varia entre os 2 e os 225 meses, com uma média de 50,43 ( $s = 41,46$ ), os homens tomam em média há mais tempo ( $\bar{X} = 51,01$ ;  $s = 43,20$ ) do que as mulheres ( $\bar{X} = 48,33$ ;  $s = 34,45$ ).

Verificamos que o gasto com a medicação varia entre os 5€ e os 200€, com uma média de 75,37€, ( $\bar{X} = 45,25$ ). Os homens gastam em média mais ( $\bar{X} = 77,77$ ;  $S = 45,77$ ) que as mulheres ( $\bar{X} = 66,35$ ;  $s = 43,18$ ).

Para os três parâmetros anteriores o Teste t de Student revelou que não existe diferença estatisticamente significativa entre sexos ( $t = 1,514$ ;  $p = 0,133$ ,  $t = 0,261$ ;  $p = 0,795$ ,  $t = 1,003$ ;  $p = 0,318$ , respetivamente).

A amostra apresenta, para os três parâmetros anteriormente referidos, coeficientes de variação elevados ( $Cv > 30\%$ ) o que nos indica uma dispersão elevada em torno do valor médio. Quanto à simetria, e também para os três parâmetros, é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda ( $Sw/error > 1,96$ ) apresentando uma curva leptocúrtica ( $Kw/error > 1,96$ ) em relação ao número de comprimidos e ao tempo de toma. Já em relação ao gasto, apresenta uma curva mesocúrtica ( $Kw/error = 1,24$ ).

**Medicação habitual** – A mais usada são os anti-agregantes plaquetários (71,9%), as estatinas (57,3%) e os anti-hipertensores (53,1%).

**Considera excessivo o número de comprimidos** – A maior percentagem (63,5%), considera que toma o número necessário de comprimidos, contribuindo para este grupo

essencialmente os homens com (70,7%), e 27,1% dos indivíduos considera serem excessivos, sendo neste caso principalmente as mulheres (47,6%).

**Dificuldade em seguir a indicação médica** – Observamos que a grande maioria dos doentes não sente dificuldade em seguir as indicações médicas (90,6%). De entre os que referem ter dificuldades principalmente usam caixa ou ajustam tratamento em igual percentagem (33,3%) para colmatar essa dificuldade, salienta-se que entre as mulheres o uso da caixa é a única estratégia utilizada.

**Efeitos indesejados** – Verificamos que a maioria (65,6%) não apresentou efeitos indesejados, sendo o grupo das mulheres quem apresentou mais (47,6%).

**Em suma:**

A totalidade da amostra (100,0%) toma medicação.

O número de comprimidos varia entre 1 e 21 ( $\bar{X} = 7,36$ ;  $s = 3,70$ ).

A mais usual são os antiagregantes plaquetários (71,9%).

A maioria (63,5%) considera que tomam o número de comprimidos necessário.

A grande maioria não sente dificuldade em seguir as indicações médicas (90,6%). Os que têm dificuldades usam caixa ou ajustam tratamento em igual percentagem (33,3%).

A maioria não apresentou efeitos indesejados (65,6%).

– **Características relacionadas com a adesão à terapêutica** (quadros 11 e 12)

**Medida de Adesão ao tratamento** – Podemos aferir que 43,8% da nossa amostra revela uma “Boa Adesão” e apenas 18,8% apresenta “Baixa Adesão”.

Verificou-se uma média para a adesão de 32,42 e um desvio padrão de 3,87. Registou-se um coeficiente de variação de 11,94%, indicativo de uma dispersão fraca em torno do valor médio. Os valores da curtose ( $Kw/error = 41,51$ ) são indicativos de uma curva leptocúrtica, sendo que os valores de simetria indicam uma curva assimétrica negativa ou enviesada à direita ( $Sw/error = -15,54$ ).

A adesão dos homens é superior à das mulheres ( $\bar{X} = 32,83$ ;  $s = 2,42$  versus  $\bar{X} = 30,95$ ;  $s = 6,82$ ). O teste t de Student revelou que não existe diferença estatisticamente significativa entre sexos ( $t = 1,237$ ;  $p = 0,229$ ).

**Em suma:**

Verificamos que 43,8% da nossa amostra revela uma “Boa Adesão” e o grupo que apresenta “Baixa Adesão” é o menos representativo (18,8%).

– **Características relacionadas com o locus de controlo** (quadro 13)

Verificou-se para o locus de controlo uma média de 21,45 para a internalidade, 8,11 para o acaso e 7,45 para a dimensão outros poderosos. Registou-se um coeficiente de variação entre 15,14% e 22,68%, indicativo de uma dispersão média em torno do valor médio. Os valores de curtose ( $Kw/error$  entre -0,03 e 0,97) são indicativos de uma curva mesocúrtica, sendo que os valores de simetria indicam uma curva simétrica ( $Sw/error$  entre -0,87 e 1,93).

**Em suma:**

A internalidade é predominante ( $\bar{X} = 21,45$ ), e na externalidade predomina o acaso ( $\bar{X} = 8,11$ ) sobre os outros poderosos ( $\bar{X} = 7,45$ ).

## 6.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

A análise inferencial é um processo que tem como finalidade estimar os parâmetros e a verificação de hipóteses (FORTIN, 2009). Através destes procedimentos podem analisar-se as possíveis relações entre as variáveis recorrendo a vários testes para confirmar as hipóteses formuladas.

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos. Procedemos, assim, à verificação da validade das hipóteses associando algumas das variáveis independentes em estudo à nossa variável dependente. Estas foram testadas através de testes paramétricos e não paramétricos, nomeadamente teste t de Student, Análises de variância (ANOVA), regressão linear simples, teste Mean-Whitney e teste de Kruskal Wallis e cujas tabelas e quadros se encontram em apêndice (Apêndice 4). Esta é realizada em duas fases: na primeira, relacionamos as variáveis sócio-demográficas, clínicas, sócio-familiares, relacionadas com os serviços de saúde, relacionadas com a terapêutica farmacológica com o locus de controlo, na segunda, relacionamos o locus de controlo com a adesão à terapêutica.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, são aceites se inferiores a 0,05, e rejeitam-se se superiores a este valor.

### **Primeira fase**

Uma vez que não respeita uma distribuição normal como nos mostra o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (Tabela 1) para amostras superiores a 50 optamos por

utilizar testes paramétricos, visto Marôco (2010) referir que os testes paramétricos são bastante robustos, podendo ser utilizados mesmo quando este pressuposto é violado.

Por outro lado tivemos em consideração a dimensão dos grupos ou seja, quando o quociente entre a maior dimensão ( $N$ ) e a menor ( $n$ ) for superior a 1,5 os grupos não são de dimensões semelhantes, há grandes afastamentos tanto da normalidade como da homocedasticidade, põe-se em risco as conclusões tidas na análise de variância (PESTANA; GAJEIRO, 2005, p. 276).

Com a finalidade de saber os factores que influenciam o locus de controlo, procurámos associar o locus de controlo com as variáveis independentes. Para tal, formulámos as associações que se seguem na tentativa de encontrar alguma influência das variáveis em causa sobre o locus de controlo.

#### Associação entre as variáveis sociodemográficas e o locus de controlo.

Com a finalidade de verificarmos o efeito do **sexo** no locus de controlo utilizámos o teste Mean-Whitney U (Tabela 2).

Analisando as médias constatamos, que o sexo masculino apresenta maior média para a internalidade (Mean Rank = 49,71) e outros poderosos (Mean Rank = 48,94). Para o acaso é o sexo feminino que apresenta média superior (Mean Rank = 51,93). Verificamos que o sexo não influencia o locus de controlo.

Com o objectivo de testar o efeito do **estado civil** sobre o locus de controlo utilizámos o teste Kruskal Wallis (Tabela 3).

Verificamos que a amostra do estudo apresenta nos divorciados valores superiores para a internalidade (Mean Rank = 71,83) e para acaso (Mean Rank = 68,83). Por sua vez, para outros poderosos são os viúvos que apresentam maior média (Mean Rank = 60,71). Verificamos que não existe diferença estatística significativa.

Com o intuito de verificarmos o efeito que a situação laboral tem sobre o locus de controlo agrupámos as variantes, constituindo dois grupos, ativos e não ativos, e aplicámos o teste t de Student (Tabela 4).

Constatamos que a população não ativa apresenta média superior para a internalidade ( $\bar{X} = 21,57$ ) e outros poderosos ( $\bar{X} = 7,60$ ), a população ativa apresenta média mas elevada para o acaso ( $\bar{X} = 8,19$ ). Verificamos que não influencia o locus de controlo.

Para verificarmos o efeito que a **escolaridade** tem sobre o locus de controlo aplicámos o teste Kruskal Wallis (Tabela 5).

Os indivíduos que têm a escola primária apresentam maior média para internalidade (Mean Rank = 50,59), para o acaso são os que têm o ciclo preparatório que possuem maior valor (Mean Rank = 56,86), verificamos também que os indivíduos que não sabem ler nem escrever apresentam maior média para outros poderosos (Mean Rank = 53,89). Verifica-se que não existe influência sobre o locus de controlo.

Com o objetivo de testar o efeito da **zona de residência** sobre o locus de controlo, utilizámos o teste Kruskal Wallis (Tabela 6).

Verificamos que a amostra do estudo apresenta valores superiores para a internalidade na zona de residência cidade (Mean Rank = 50,05) e os que residem na vila apresentam valores superiores para o acaso (Mean Rank = 55,66) e outros poderosos (Mean Rank = 51,00), no entanto, não influencia o locus de controlo.

Utilizámos o teste Kruskal Wallis para testar o efeito do **rendimento mensal** sobre o locus de controlo, (Tabela 7).

Constatamos que os indivíduos que têm um rendimento entre 486 a 970 euros são os que apresentam maior média para a internalidade (Mean Rank = 49,90), os indivíduos com um rendimento inferior a 485 euros apresentam maior média para acaso (Mean Rank = 53,67) e outros poderosos (Mean Rank = 50,99). Verificamos que não existe diferença estatística significativa.

Com o intuito de testar o efeito da **situação financeira** sobre o locus de controlo, utilizámos o teste Kruskal Wallis (Tabela 8).

Verificamos que os que consideram a sua situação muito problemática apresentam valores superiores para a internalidade (Mean Rank = 52,44), e outros poderosos (Mean Rank = 54,00), os que consideram ter algumas dificuldades apresentam valores superiores para o acaso (Mean Rank = 54,94), no entanto não existe influência sobre o locus de controlo.

**Em suma:**

Das variáveis sociodemográficas testadas no nosso estudo (idade, sexo, estado civil, situação laboral, escolaridade, zona de residência, rendimento mensal e situação financeira), podemos afirmar que nenhuma influencia o locus de controlo.

Associação entre as variáveis sóciofamiliares e o locus de controlo.

Para testar o efeito da **funcionalidade familiar** no locus de controlo, utilizámos o teste Kruskal Wallis.

Pela análise da tabela 9 observamos que os indivíduos que têm uma família com disfunção acentuada apresentam valores superiores para a internalidade (Mean Rank = 61,17) e para o acaso (Mean Rank = 54,63) e os indivíduos com família altamente funcional apresentam valores superiores para outros poderosos (Mean Rank = 49,60).

Como existe diferença estatisticamente significativa na dimensão internalidade ( $t = 0,03$ ) foi efectuada a ordenação das Mean Rank, tendo sido aplicado o Anova e o teste Post Hoc (Tukey). As diferenças situam-se entre a família com disfunção acentuada e a família moderadamente funcional. A variação da internalidade é atribuída à funcionalidade familiar com um coeficiente de determinação de 7,69%.

**Em suma:**

A variável funcionalidade familiar influencia a dimensão internalidade do locus de controlo ( $p = 0,03$ ).

Associação entre as variáveis relacionadas com serviços de saúde e o locus de controlo.

Com o intuito de verificarmos o efeito que a **acessibilidade** tem sobre o locus de controlo aplicámos o teste Kruskal Wallis (Tabela 10).

Verificamos que os indivíduos que utilizam o táxi apresentam maior valor para a internalidade (Mean Rank = 65,40) e para outros poderosos (Mean Rank = 54,10). Os que utilizam transporte público apresentam média mais elevada para o acaso (Mean Rank = 57,25). Verificamos também que não existem influência sobre o locus de controlo.

Com a finalidade de verificarmos o efeito da **dificuldade de deslocação** no locus de controlo utilizámos o teste t de Student (Tabela 11).

Analisando as médias constatamos, que os que têm dificuldade de deslocação apresenta maior média às três dimensões ( $\bar{X} = 21,58$ ;  $\bar{X} = 8,17$ ;  $\bar{X} = 7,83$ , respetivamente). Verificamos que não influencia o locus de controlo.

Com o objectivo de verificarmos o efeito que o **médico assistente** tem sobre o locus de controlo aplicámos o teste Kruskal Wallis (Tabela 12).

Verificamos que os indivíduos que têm acompanhamento com um cardiologista apresentam maior valor para a internalidade (Mean Rank = 51,84) e os que têm acompanhamento no médico particular não cardiologista apresentam maior valor para o acaso (Mean Rank = 58,29) e para outros poderosos (Mean Rank = 65,50).

Como existe diferença estatisticamente significativa na dimensão outros poderosos, ( $\chi^2 = 9,29$ ;  $p = 0,010$ ) foi efectuada a ordenação das Mean Rank, tendo sido aplicado o teste Anova e o teste Post Hoc (Tukey) as diferenças situam-se entre os que são assistidos por médico de família e os que são assistidos por cardiologista ( $p = 0,027$ ). A variação da dimensão outros poderosos é atribuída ao médico assistente com um coeficiente de determinação de 9,78%.

#### **Em suma:**

As variáveis relacionadas com serviços de saúde testadas apenas o médico assistente influencia o locus de controlo, na dimensão outros poderosos ( $p = 0,010$ ).

Associação entre a dificuldade em seguir a indicação médica e o locus de controlo.

Para verificarmos o efeito da **dificuldade em seguir a indicação médica** no locus de controlo utilizámos o teste Mean-Whitney U.

A tabela 13 mostra-nos que os indivíduos que não sentem dificuldade em seguir a indicação médica apresentam valores superiores para as três dimensões do locus de controlo (Mean Rank = 49,43; Mean Rank = 49,06; Mean Rank = 48,55 respetivamente). Verificamos que não influencia o locus de controlo.

#### **Em suma:**

A dificuldade em seguir a indicação médica não influencia o locus de controlo.

### Associação entre as características clínicas e o locus de controlo.

Com o objetivo de verificarmos o efeito que as **limitações físicas** têm sobre o locus de controlo aplicámos o teste Kruskal Wallis Test.

A tabela 14 mostra-nos que os indivíduos sem limitações apresentam valores mais elevados para a internalidade, (Mean Rank = 50,27). Já os que têm acentuada limitação para actividades simples apresentam valores mais elevados para o acaso (Mean Rank 60,33) e para os outros poderosos (Mean Rank = 69,17). Verificámos não existir diferenças estatísticas significativas.

#### **Em suma:**

As limitações físicas não influenciam o locus de controlo.

### Associação entre idade, apgar, distância, número de comprimidos, tempo de medicação, gastos com medicação, IMC e as dimensões do locus de controlo.

#### **Internalidade**

Para determinar as variáveis que se apresentam como predictoras da internalidade realizou-se o método “*enter*”. A correlação que o conjunto de variáveis estabelece com a internalidade é baixa ( $r = 0,250$ ), explicando 6,2%. Contudo, não se verifica nenhuma variável com valor preditivo (Quadro 14), sendo que a existir efeito, este seria em sentido inverso, uma vez que todas as variáveis apresentam valor de  $r$  negativo. No entanto registámos diferenças estatisticamente significativas em relação à distância (Tabela 15).

#### **Acaso**

Para verificar o efeito das variáveis, na dimensão acaso utilizámos a correlação de Pearson, que nos indica haver baixa associação com o IMC ( $r = 0,282$ ), e muito baixa com as restantes ( $r < 0,2$ ). Referimos que o apgar, distância, tempo de medicação e gastos com medicação apresentam valores de  $r$  negativos. Contudo, registámos diferenças estatísticas significativas para a distância, gastos com medicação e IMC (Tabela 15).

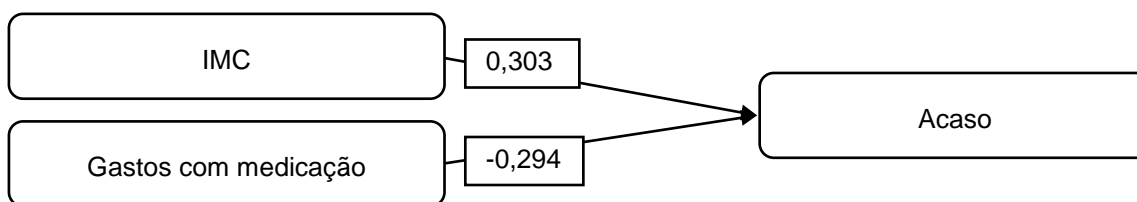
Quando relacionadas, as variáveis com a dimensão acaso, apenas entraram pelo método stepwise o IMC ( $p = 0,002$ ) e gastos com medicação ( $p = 0,003$ ) (Quadro 15).

A primeira variável a entrar no modelo de regressão, que apresentou um total de 2 passos, foi o IMC, pois é a que apresenta maior coeficiente de correlação com a dimensão acaso. Esta variável explica no primeiro modelo 8,0% da variação desta dimensão, e o erro padrão de regressão é de 1,775, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados.

No segundo modelo de regressão, para além do IMC, entraram os gastos com medicação e estas duas variáveis no seu conjunto, passaram a explicar 16,6% da dimensão acaso, tendo o erro estimado diminuído para 1,699 (Quadro 15).

O modelo é explicativo da dimensão acaso, e a relação encontrada varia em sentido inverso no que diz respeito aos gastos com medicação, e pode ser traduzida pela expressão:

$$\text{Acaso} = \text{constante (5,415)} + 0,132 \text{ IMC} + (-0,012 \text{ gastos com medicação})$$



**Figura 2** – Síntese das relações das variáveis IMC e gastos com medicação e acaso

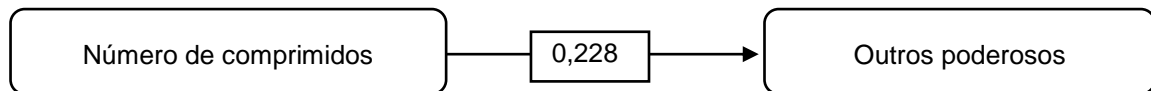
### Outros poderosos

Para determinar o efeito das variáveis, na dimensão outros poderosos utilizámos a correlação de Pearson, que nos indica haver baixa associação em relação à distância ( $r = 0,225$ ) e número de comprimidos ( $r = 0,228$ ) e muito baixa em relação às restantes ( $r < 0,2$ ) (Tabela 15). No entanto, apenas entrou pelo método “stepwise” o número de comprimidos ( $p = 0,013$ ), registámos diferenças estatisticamente significativas em relação à distância e ao número de comprimidos.

Neste modelo de regressão, o número de comprimidos explica 5,2% da dimensão outros poderosos, com erro estimado de 1,574 (Quadro 16).

O modelo é explicativo da dimensão outros poderosos, a relação encontrada pode ser traduzida pela expressão:

$$\text{Outros poderosos} = \text{constante (6,718)} + 0,099 \text{ número de comprimidos}$$



**Figura 3** – Síntese da relação número de comprimidos e outros poderosos

#### **Em suma:**

As variáveis **idade, apgar, distância, número de comprimidos, tempo de medicação, gastos com medicação e IMC**, apresentam muito baixa associação ( $r < 0,2$ ) com a internalidade, para a dimensão acaso verifica-se baixa associação com o IMC ( $r = 0,282$ ), e muito baixa com as restantes, na dimensão outros poderosos a associação é baixa em relação à distância ( $r = 0,225$ ) e número de comprimidos ( $r = 0,228$ ) e muito baixa em relação às restantes.

Quando relacionadas com a internalidade, verificamos que nenhuma tem efeito sobre esta. Se as relacionarmos com o acaso, apenas as variáveis IMC ( $p = 0,002$ ) e gastos com medicação ( $p = 0,003$ ) entram pelo método “*stepwise*”. Quanto à terceira dimensão, apenas o número de comprimidos ( $p = 0,013$ ) entrou por este método.

#### **Segunda fase**

Tal como para primeira fase, e como a medida de adesão ao tratamento não respeita uma distribuição normal, como nos mostra o teste da normalidade de Kolmogorov-Smirnov (Tabela 16) para amostras superiores a 50 optámos por utilizar testes paramétricos.

Associação do locus de controlo e a escala de medida da adesão ao tratamento (MAT).

Para determinar se as dimensões do locus de controlo se apresentam como preditoras da adesão à terapêutica realizou-se o método “*enter*”. A correlação que as dimensões do locus de controlo estabelecem com a adesão à terapêutica é muito baixa ( $r = 0,116$ ), explicando 1,9%. Contudo, não se verifica nenhuma variável com valor preditivo, de facto, existir associação, o efeito seria em sentido inverso nas três dimensões, uma vez que todas apresentam valores de  $r$  negativos (Tabela 17).

#### **Em suma:**

O locus de controlo não influencia a adesão à terapêutica.



## 7 – DISCUSSÃO

Por considerarmos a adesão à terapêutica de extrema importância e termos a percepção, consolidada durante a experiência do ensino clínico na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, que esta varia conforme o locus de controlo, propusemo-nos a estudar este tema.

### 7.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Algumas foram as limitações com que nos deparámos. Desde logo, a amostra, que dado o pouco tempo disponível, optámos por uma amostra de conveniência. As amostras de conveniência têm como principal limitação o facto de serem pouco representativas da população em geral, o que coloca, por si só, inúmeras limitações ao estudo, e à generalização de resultados.

Com um horizonte temporal mais alargado poderíamos ter optado por um estudo longitudinal, prospectivo, e com vários momentos de avaliação, podendo assim ter maior valor extrapolativo.

Outra limitação teve a ver com a construção de um instrumento de colheita de dados. De salientar que, tencionávamos que fosse fidedigna e válida. A gestão desta limitação foi difícil, e acabámos por construir um questionário, mas o seu preenchimento, nalguns casos, foi realizado pelo investigador, por dificuldades por parte dos doentes, o que desde logo poderá apresentar um viés pois pode condicionar as respostas devido à sua presença.

Quanto à pergunta relativa ao tempo de medicação deveria ter sido melhor direccionada pois as respostas foram em função de qualquer tipo de medicação e o nosso interesse era em relação à medicação para a sua patologia cardíaca.

A introdução de variáveis de suporte social seria também uma mais-valia, pois atendendo à média de idade, seria de prever a necessidade deste tipo de apoios, o que pode influenciar tanto o locus de controlo como a própria adesão à terapêutica.

### 7.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O nosso estudo teve como objetivo identificar parâmetros sociodemográficos, clínicos, sociofamiliares, relacionados com serviços de saúde e terapêutica farmacológica

que influenciam o locus de controlo, e, posteriormente, verificar se a adesão à terapêutica seria influenciada pelo locus de controlo.

A nossa pretensão é contribuir para a compreensão dos múltiplos fatores que influenciam o locus de controlo e perceber se este influencia a adesão à terapêutica.

#### **- Variáveis caracterizadoras da amostra**

A idade do grupo varia entre 41 e 86 anos ( $\bar{X} = 66,54$ ;  $s = 10,51$ ), sexo masculino 78,1%, casados 74%, reformados 60,4%, tem como escolaridade a escola primária 54,2%, vivem na aldeia 53,1%, têm rendimentos inferiores ao salário mínimo (485€) 43,8%.

Pelos dados referidos, podemos afirmar que a nossa amostra se enquadra nos valores médios, pois são próximos de outros estudos efetuados com doentes que recorreram a unidades de cuidados coronários. Ferreira, Marques e Portugal (2001), estudaram uma amostra com média de idade de 62 anos, na sua maioria do sexo masculino, reformados, vivendo numa aldeia, com um rendimento mensal inferior a 500€ e a escola primária como grau de instrução. Marosti e Dantas (2006), basearam-se numa amostra com idade média de 56 anos, variando de 21 a 78 anos, a maioria do sexo masculino 72,1%, casados 55,8%, escolaridade 4 anos.

#### **- Relação das variáveis com o locus de controlo**

O sexo masculino apresenta maior média para a internalidade e outros poderosos, para a dimensão acaso é o sexo feminino que apresenta médias superiores. Este facto poderá ser explicado por se tratar de uma amostra com uma média de idade 66,54, o que nos reporta para uma geração em que as mulheres eram menos interventivas a nível social e por conseguinte atribuíam menor poder a elas próprias, acreditando mais na sorte.

Quanto ao estado civil são os divorciados que apresentam valores superiores para internalidade e para acaso, os viúvos apresentam maior média para outros poderosos. A maior média para a internalidade no grupo dos divorciados poderá ser explicada por estes terem vivido um período de partilha de decisões e agora todas serem de âmbito individual. A maior média para outros poderosos nos viúvos poderá ser explicada pelo sentimento de perda, revelando-se eles impotentes para contrariar essa mesma perda.

A população não ativa apresenta valores superiores para a internalidade e outros poderosos, por sua vez a população ativa apresentam valores superiores para o acaso. Não encontrando justificação para este facto, podemos pensar que são resultado de enviesamento do estudo.

Os indivíduos que têm a escolaridade primária apresentam maior média para internalidade, para o acaso são os que têm a ciclo preparatório que possuem maior valor.

Os que não sabem ler nem escrever apresentam maior média para outros poderosos, esta situação pode dever-se ao facto de que uma maior escolaridade contribuirá para um maior consciencialização do poder da própria pessoa.

Os que vivem na cidade apresentam valores superiores para a internalidade, e os que residem na vila apresentam valores superiores para o acaso e outros poderosos. Os que residem na cidade pelo facto de terem acesso mais facilitado a “tudo” pode dar-lhes a sensação de maior controlo sobre os acontecimentos

Os que auferem rendimento entre 486 a 970 euros apresentam maior média para a internalidade. Em contrapartida os que usufruem de um rendimento inferior a 485 euros apresentam maior média para o acaso e outros poderosos. Um menor rendimento pode associar-se a um menor poder de controlo sobre os acontecimentos.

Os que referem situação financeira problemática apresentam valores superiores para a internalidade e outros poderosos. Os que consideram ter algumas dificuldades apresentam valores superiores para o acaso. Estes dados poderão justificar-se pelo facto de estarmos a viver um período de crise económica. As pessoas que estão numa situação problemática atribuem a culpa a outros (políticos...) ou então responsabilizam-se por não conseguirem ultrapassar a situação. Por sua vez, os que referem ter algumas dificuldades podem considerar ser necessária alguma dose sorte para melhorar a situação.

Os indivíduos com família com disfunção acentuada apresentam valores superiores para a internalidade e para o acaso e os indivíduos com família moderadamente funcional apresentam valores superiores para outros poderosos. Referimos que a funcionalidade familiar influencia a internalidade ( $p = 0,03$ ). Não encontrando justificação para este facto, podemos pensar que são resultado de enviesamento do estudo.

Os utilizadores do táxi apresentam maior valor para a internalidade e outros poderosos, os que utilizam transporte público apresentam média mais elevada para o acaso. A possibilidade de poder utilizar o táxi confere ao indivíduo a sensação de poder e controlo sobre os acontecimentos, já o facto de estarem dependentes de transportes públicos atribuem esse poder ao acaso.

Os que têm dificuldade de deslocação apresentam uma maior média para as três dimensões do locus de controlo. Este aspeto só pode ser explicado por enviesamento no estudo.

Quanto ao acompanhamento médico, os que são acompanhados no cardiologista apresentam maior valor para a internalidade e os que têm acompanhamento no médico particular não cardiologista apresentam maior valor para o acaso e para outros poderosos.

O médico assistente influencia a dimensão outros poderosos ( $p = 0,010$ ). O facto de ser acompanhado por um especialista confere o sentimento de controlo, os que atribuem o controlo ao exterior preferem escolher o médico.

Os que não sentem dificuldade em seguir a indicação médica apresentam valores superiores para as três dimensões do locus de controlo. Este aspecto terá provavelmente ocorrido por enviesamento no estudo.

Os que não apresentam limitações físicas revelam valores mais elevados para a internalidade. Por sua vez, os que têm acentuada limitação para atividades simples apresentam valores mais elevados para o acaso e outros poderosos. A independência favorece o sentimento de controlo, contrariamente as limitação favorecem a atribuição de controlo a algo externo.

#### **- Adesão à terapêutica**

Nesta investigação não foi encontrada correlação entre o locus de controlo de saúde, em qualquer das suas dimensões, com a adesão à terapêutica, resultados, que de resto, vão de encontro aos de Carvalho *et. al* (2001) sobre a influência do locus de controlo em crianças e o facto de estas serem obesas ou não. Idênticos resultados obteve também Albuquerque (1999) concluindo que nenhuma das dimensões do locus de controlo de saúde se mostrou preditora, nem do estilo de vida, nem do estado de saúde, nem da percepção geral da saúde. Também Ribeiro (1993) comprovou que o locus de controlo parece não ter influência na predição da percepção geral da saúde, contudo, o mesmo autor em 1994 defende que esta variável é um importante preditor dos resultados em saúde, nomeadamente na adopção de comportamentos de saúde e de risco. Num estudo realizado por Wilhite (1990), com estudantes de psicologia, o locus de controlo manifestou-se um bom preditor do sucesso escolar.

Relativamente aos resultados específicos deste estudo, podemos pensar na hipótese de o estudo sofrer algum viés pois embora existam estudos que também tenham chegado a conclusões idênticas, outros existem que referem o locus de controlo como preditor de adesão à terapêutica.

## 8 – CONCLUSÕES / SUGESTÕES

A investigação científica é reconhecida pela profissão de enfermagem como uma estratégia de alargamento de conhecimentos essenciais à sua prática, sendo através desta que o profissional de enfermagem adquire conhecimentos que lhe permitem tomar decisões adequadas e fundamentadas, no intuito da melhoria dos cuidados prestados e baseados na evidência. Cabe portanto, ressaltar a importância da utilização de tão poderoso instrumento ao nosso dispor.

Apesar do nosso esforço e dedicação para expor, correta e claramente, todos os elementos necessários para a compreensão e explicação desta problemática, continuam em aberto várias questões, às quais não conseguimos, por ora, dar resposta, tendo em conta as limitações temporais do nosso estudo.

Procurámos avaliar os fatores que influenciam o locus de controlo. Paralelamente foram investigadas variáveis sócio-demográficas, clínicas, sócio-familiares, relacionadas com os serviços de saúde e com a terapêutica farmacológica. Num momento posterior relacionámos o locus de controlo com a adesão à terapêutica, tentando deste modo, dar resposta à questão de investigação: “Em que medida o locus de controlo influencia a adesão à terapêutica nos doentes com cardiopatia isquémica?”.

Obtivemos como resultados deste estudo de investigação que, o locus de controlo é influenciado na sua dimensão internalidade pela funcionalidade familiar. Na dimensão acaso é influenciado pelo IMC e pelos gastos com medicação. Por outro lado a dimensão outros poderosos sofre influência do médico assistente e número de comprimidos.

Em resposta à questão de investigação inicialmente apresentada, verificamos que a adesão à terapêutica não sofre efeito de nenhuma das dimensões do locus de controlo.

Evidentemente que o locus de controlo não deve ser considerado como a variável mais influente em algumas situações. Outras variáveis são igualmente importantes, nomeadamente as que dizem respeito ao valor dos reforços em questão, à expectativa de obtenção desses mesmos reforços em situações específicas e à percepção realista de que muitas situações estão, no todo ou em grande parte, para além de qualquer espécie de controlo pessoal eficaz.

Assim, apesar da não existência de um consenso geral, verifica-se uma tendência entre os autores para considerar o locus de controlo como uma variável importante para a explicação das variações na adesão à terapêutica pois, se os doentes sentem que possuem

controlo pessoal sobre a própria saúde e que esta depende do próprio esforço, poderão empenhar-se em determinadas atividades ou estratégias e, conseqüentemente incrementar uma melhor adesão à terapêutica.

Concluída esta investigação, acreditamos que, em grande parte, os objectivos do estudo de investigação foram alcançados, apesar de todas as dificuldades e limitações que foram surgindo no decurso do mesmo.

Esperamos e desejamos acima de tudo, ter dado um contributo científico na área da investigação, nomeadamente no que diz respeito à adesão à terapêutica. Tencionamos, ao mesmo tempo, que os resultados do nosso estudo possam impulsionar e servir de suporte a futuras linhas de investigação.

Muitas questões ficam, obviamente, por responder e, eventualmente que muito mais poderá ser objeto de investigação e estudo, dentro desta temática. É nossa convicção de que seria interessante a realização de um estudo semelhante mas com uma amostra lógica e preferencialmente maior na sua realização

Consideramos que este estudo se possa considerar como uma mais-valia na compreensão de alguns fenómenos que influenciam o locus de controlo e a adesão à terapêutica, mesmo tendo em linha de conta as considerações colocadas e alguns obstáculos e limitações já referidos e que um estudo desta dimensão não consegue evitar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Carlos – **Comportamientos de salud y de riesgo en la adolescencia: determinantes psicosociales y cognitivos**. Badajoz: Universidade de Extremadura, p. 550, 2004.

ALBUQUERQUE, C. M. S. – **Características psicológicas associadas à saúde em estudantes do ensino superior**. Coimbra: Escola Superior de Altos Estudos Instituto Superior Miguel Torga, 1999.

ALMEIDA, J. Paulo; PEREIRA, M. G. – **Locus de controlo na saúde: conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo I**, In: *Psicologia Saúde e Doenças*, Vol. 7, n.º 2, - Lisboa, Novembro 2006, p. 221-238. [Em linha]. [consult. 9 Maio 2010], disponível em WWW:<URL <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/362/36270206/36270206.html>

AMORIM, Maria Isabel Soares Parente Lajoso - **Para lá dos números...aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes mellitus tipo 2**, 2009 [Em linha]. [consult. 17 Março 2011] disponível em WWW:<URL <http://www.repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7211/2/Aspectos%20psicossociais%20e%20Qualidade%20de%20Vida%20do%20indivduo%20com%20Diabetes%20Mellitus%20tipo%202.pdf>

AZEREDO, Zaida e MATOS, Eduarda – **Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar**. Geriatria: A Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica. Lisboa Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, 1989

BARAÑANO, A. M. – **Métodos e técnicas de investigação em gestão: manual de apoio à realização de trabalhos de investigação**. Editora Sílabo, Lisboa, 2004

BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. – **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas**: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2009

CABRAL, M. V.; SILVA, P. A. – **O Estado da Saúde em Portugal**: Imprensa de Ciência Sociais, Lisboa, 2009

CABRAL, Manuel Villaverde; SILVA, Pedro Alcântara da – **A adesão à terapêutica em Portugal**: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa 2010 [Em linha], [consult.

28 Maio 2011], disponível em WWW:<URL  
<http://www.docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Nj0XXzxqn64J>

CARVALHO, J. Eduardo – **Metodologia do trabalho científico: «saber-fazer» da investigação para dissertações e teses.** 2ª ed. Lisboa : Escolar Editora, 2009.

Carvalho, A. M. P.; Bugliani, M. A. P.; Netto, J. R. da C.; Borges, C. D.; Mariano, F. N., Brancaleoni, A. P.; Gorayeb, R. – **Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos**, Cadernos de Psicologia e Educação, 11, Paidéia 39-47. 2001

DELA COLETA, M. F. – **Locus de controle e saúde: Modelos para pesquisa e modificação comportamentos de saúde**, Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, p. 199 – 238, 2009.

DELA COLETA, Marília Ferreira – **Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares, Mudanças** – Psicologia da Saúde, 18 (1), Jan-Jun 2010, 69-78 p, [Em linha] [consult. 12 Julho 2011], disponível em WWW:<URL <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/2333/2417>

DELGADO, Artur Barata e LIMA, Maria Luísa – **Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos.** Psicologia, Saúde & Doenças Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Lisboa. Vol. 2, n.º 2, Novembro 2001, p. 81-100

FERNANDES, Felicidade Cândida Pinto – **A mulher vítima de violência conjugal.** Universidade do Porto: Faculdade de Medicina, 2002. [Em linha] [consult. 8 Dezembro. 2010], disponível em: WWW:<URL [http://www.repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9829/3/4603\\_TM\\_01\\_P.pdf](http://www.repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9829/3/4603_TM_01_P.pdf)>.

FERNANDES, Isabel M. Ribeiro – **Factores que influenciam a percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros**, Revista Investigação em Enfermagem, Nº 15, Coimbra, p. 3-13, Fevereiro 2007.

FERNANDES, Isabel Maria Ribeiro; SECO, Regina Sofia Simões; QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina – **Os comportamentos de cuidar dos enfermeiros na perspectiva dos doentes**, Revista Investigação em Enfermagem, Nº 19, Coimbra, p. 39-52, Fevereiro 2009.

FERREIRA, José António da Costa; MARQUES, Belmiro Manuel Oliveira; PORTUGAL, Anabela dos Santos - **Rumo à qualidade, a voz dos doentes da UCIC do HSTV**, Viseu, Junho 2001.

FORTIN, M. F – **O desenho de investigação**: O processo de investigação, da concepção à realidade, Loures, Lusociência, 2003.

FORTIN, M. F. – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**, Loures, Lusociência, 2009.

FORTIN, M. F.; GRENIER, R.; NADEAU, M. – **Métodos de colheita de dados**, Loures: Lusociência, 2003.

FORTIN, M. F.; PRUD`HOMME-BRISSON, D.; COUTU-WAKULCZYK, G. – **Noções de ética em investigação**, Loures, Lusociência, 2003.

FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA [Em linha].[consult. 14 Junho 2011], disponível em WWW:<URL <http://www.fpcardiologia.pt/>

Gil, A.C. – **Métodos e técnicas de pesquisa social** (4.<sup>a</sup> ed.), São Paulo, Atlas, 1995.

GONÇALVES, Raquel Lima – **Famílias de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares**. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. [Em linha] [consult. 18 Março 2011], disponível em WWW:<URL <http://www.repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45980/2/Dissertao%20Raquel%20Lima%20Goncalves.pdf>>.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU. Escola Superior de Saúde de Viseu. Comissão Científica C - **Guia orientador de trabalhos escritos** [Texto policopiado]: [versão 2009]. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, 2009.

KLEIN, J.; GONÇALVES, A. – **A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários**. Psico-USF, 10 (2), 113-120, 2005.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha – Adesão à Terapêutica Medicamentosa: Elementos para a Discussão de Conceitos e Pressupostos Adotados na Literatura. Ciência e Saúde Colectiva. 8 (3). pp. 775-782, 2003.

MARÔCO, João – **Análise estatística com o PASW Statistics**, Pero Pinheiro 2010

MAROSTI, Carina Aparecida; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti **Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronariana** - Acta Paul Enferm 2006.

MATOS, Ana Paula Soares de; MACHADO, Ana Cláudia Cardoso – **Influência das Variáveis Biopsicossociais na Qualidade de Vida em Asmáticos**, Psicologia: Teoria e Pesquisa Abr-Jun 2007, Vol. 23 n.º 2, pp. 139-148, [Em linha] [consult. 12 Junho 2011], disponível em WWW:<URL <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n2/a04v23n2.pdf>

MORESI, E. – **Metodologia de pesquisa**: Programa de Pós-graduação striato sensu em gestão do conhecimento e de tecnologia da informação da Universidade Católica, Brasília, 2003.

NORIEGA, J. A. V.; ALBUQUERQUE, F. B.; ALVAREZ, J. F. L.; OLIVEIRA, L. M. S.; CORONADO, G. – **Locus de controle em uma População do Nordeste Brasileiro**, Psicologia, Teoria e Pesquisa, v. 19, n. 3, set. - dez., p. 221-220, 2009.

OLIVEIRA, Andreia Patrícia Neto Aires de – **Estudo exploratório sobre relação entre orientação de papéis de género, satisfação de vida e locus de controlo de saúde**, 2008 [Em linha]. [consult. 9 Maio 2011], disponível em WWW:<URL [http://www.repositorio.ul.pt/bitstream/10451/719/1/17441\\_Estudo\\_exploratorio\\_Relacao\\_entr e.pdf](http://www.repositorio.ul.pt/bitstream/10451/719/1/17441_Estudo_exploratorio_Relacao_entr e.pdf)

OLIVEIRA, João Maria – **Locus de controle e a efectividade empresarial em microempresários do estado do rio grande do Norte**, 2010 [Em linha] [consult. 15 Junho 2011], disponível em WWW:<URL [http://www.btdtd.bczm.ufrn.br/tesdesimplificadotde\\_arquivos24TDE-2010-12-13T085230Z-3151PublicoJoaoMO\\_DISSERT.pdf](http://www.btdtd.bczm.ufrn.br/tesdesimplificadotde_arquivos24TDE-2010-12-13T085230Z-3151PublicoJoaoMO_DISSERT.pdf)

OLIVEIRA, Rui Aragão; PAIXÃO, Rui – **O conceito de locus de controlo no processo de reabilitação de pacientes com deficiência física**: estudo das qualidades psicométricas da versão portuguesa da RLOC, Psiquiatria Clínica, cadeira de clínica psiquiátrica, hospitais da universidade de Coimbra, Coimbra, vol. 19 n.º 2 pag. 139-146. abr./jun., 1998.

PAIS-RIBEIRO, José Luís – **Introdução à psicologia da saúde**, 2ª ed. Coimbra: Quarteto, 2007.

PEREIRA, Gabriela; ALMEIDA, Conceição; DOMINGOS, Manuel – **Stress e as doenças cardiovasculares**, Ser Saúde. Póvoa de Lanhoso. Nº 10, pp. 53-71, Abril/Maio/Junho, 2008.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 4ª ed. rev. e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**, (3ª ed.), Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5ª edição. Porto Alegre, Artemed, 2004.

PORTUGAL. Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde - Circular Normativa Nº 03/DGCG – Programa Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa. Nº 3 Março de 2005. p. 1-28. [Em linha] [consult. 1 Agosto. 2011], disponível em WWW:<URL [http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2007/12/circularnormativan03dgcgde17032005\\_obesidade.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2007/12/circularnormativan03dgcgde17032005_obesidade.pdf)>.

RIBEIRO, J. L. P. – **Características psicológicas associadas à saúde em estudantes, jovens, da cidade do Porto**, Dissertação de Doutoramento, apresentada à Universidade do Porto, 1993.

RIBEIRO, J. L. P. – **Reconstrução de uma escala de Locus de controlo de saúde**, *Psiquiatria clínica*, 15 (4), pp. 207-214. (1994)

ROCHA, Cristiane Hoffmeister; OLIVEIRA, Ana Paula Sueiro de; FERREIRA, Caroline; FAGGIANI, Fabiana Tôrres; SCHROETER, Guilherme; SOUZA, Antônio Carlos Araújo de; DeCARLI, Geraldo Attilio; MORRONE, Fernanda Bueno; WERLANG, Maria Cristina – **Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre**, *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (Sup): 703-710, 2008, [Em linha] [consult. 12 Julho 2010], disponível em WWW:<URL <http://www.scielo.orgpdfcscv13s0a20v13s0.pdf>>

ROTTER, J. B. - **Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement**, *Psychological Monographs*, 8, p. 1-28, 1966.

ROTTER, J. B. – **Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable**, *American Psychologist*, 45, 1990, p. 489-493.

SANTOS, Ricardo; RAMALHINHO, Gabriela; FERNANDES, Bruno; GASPAR, Tiago; MARQUES, Adelaide; FERNANDES Marta – **Adesão à Terapêutica em Doentes com Patologia Cardíaca**, *Nursing* nº 258, Julho 2010 [Em linha] [consult. 1 Junho 2011], disponível em WWW:<URL [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3570:adesao-a-terapeutica-em-doentes-com-patologia-cardiaca&catid=216:julho-a-agosto-2010](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3570:adesao-a-terapeutica-em-doentes-com-patologia-cardiaca&catid=216:julho-a-agosto-2010)>

SOUSA, Valmi D.; DRIESSNACK, Martha ; MENDES, Isabel Amélia Costa - **Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa**. *Revista Latino-americana Enfermagem* 15 (3), Maio-Junho 2007. [Em linha]. [consult. 18 Fevereiro. 2011], disponível em WWW:<URL [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf)>.

WHO. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: WHO. Woo, H., & Frisbie, W. P. (2005).

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Body Mass Index**.. 12 Agosto 2008(b). [Em linha] [consult. 11 Junho 2011], disponível em WWW:<URL [http://www.apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://www.apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **CVD prevention and control**: missed opportunities. 2008. [Em linha] [consult. 18 Abril 2011], disponível em WWW:<URL [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/prevention\\_control/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/prevention_control/en/)>.

WILHITE, S. C. – **Self-efficacy, locus of control, self-assessment of memory ability, and study activities as predictors of college course achievement**. Journal of Educational Psychology, 82 (4), 696-700(.1990)

YORK HEART ASSOCIATION (NYHA) [Em linha] [consult. 17 Março 2011], disponível em WWW:<URL [http://pt.wikipedia.org/wiki/Classifica%C3%A7%C3%A3o\\_funcional\\_da\\_New\\_York\\_Heart\\_Association](http://pt.wikipedia.org/wiki/Classifica%C3%A7%C3%A3o_funcional_da_New_York_Heart_Association)>

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE 1**

### **NOÇÕES DE INVESTIGAÇÃO**

Hipóteses de investigação

População

Amostra

Variáveis

Operacionalização das variáveis



## Hipóteses de investigação

As hipóteses estão relacionadas com as questões de investigação e com os objetivos delineados. Estas influenciam o desenho de investigação, os métodos de colheita e análise de dados e a interpretação dos resultados (FORTIN, CÔTE e FILION, 2009).

As hipóteses devem ter em conta as variáveis-chave e a população-alvo, constituem um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita duma verificação empírica. Um estudo pode conter várias hipóteses (FORTIN, 2009).

As hipóteses incluem, à semelhança da questão de investigação, as variáveis em estudo, a população-alvo e o tipo de investigação a realizar (FORTIN, 2009).

Para formular hipóteses devem considerar-se alguns fatores, tais como:

**verificabilidade** – as variáveis em estudo devem ser passíveis de serem observadas e analisadas estatisticamente;

**consistência teórica** – devem manter uma relação consistente entre o corpo teórico estabelecido e o resultado da investigação;

**plausibilidade** – devem ser pertinente em relação ao fenómeno estudado, sendo esta demonstrada pelo conhecimento que o investigador tem do seu domínio de estudo.

Existem quatro categorias de hipóteses, dependendo do tipo de relações entre as variáveis e do número de variáveis que incluem: I) não direcional ou direcional; II) de associação ou causal; III) simples ou complexa e IV) de investigação ou nula (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Por sua vez as “hipóteses são suposições colocadas como respostas plausíveis e provisórias para o problema de pesquisa.” (CARVALHO, 2009, p. 124).

Para este estudo colocámos as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1** – Existe efeito significativo entre as variáveis sócio-demográficas e o locus de controlo.

**Hipótese 2** – Existe efeito significativo entre as variáveis clínicas e o locus de controlo.

**Hipótese 3** – Existe efeito significativo entre as variáveis sócio-familiares e o locus de controlo.

**Hipótese 4** – Existe efeito significativo entre as variáveis relacionadas com serviços de saúde e o locus de controlo.

**Hipótese 5** – Existe efeito significativo entre as variáveis relacionadas com terapêutica farmacológica e o locus de controlo.

**Hipótese 6** – Existe efeito significativo entre a variável locus de controlo e a adesão à terapêutica.

## **População**

A realização de um estudo de investigação pressupõe a recolha de dados num determinado conjunto de indivíduos que partilham características comuns, ou seja, a população, "... conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido, tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação" (FORTIN, 2003, p. 373).

Uma população "é um agregado total (...) que preenchem um conjunto de critérios especificados" (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004, p. 224).

População alvo é "toda a população em que está interessado o pesquisador (...), toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios" (POLIT e HUNGLER, 1995, p. 143). Pode também definir-se população alvo como a população sobre a qual o investigador realiza o estudo e faz generalizações. Esta é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção que estão definidos antecipadamente, contudo, esta raramente é alcançável ao investigador, sendo então importante definir-se a amostra (FORTIN 2009).

## **Amostra**

Amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população (FORTIN, 2009).

Desta forma, define-se amostra como um subconjunto ou um grupo de sujeitos da população, que constituem uma réplica em miniatura da população-alvo.

Amostragem é o processo pelo qual um subconjunto de uma população é escolhido de tal forma que a população inteira esteja representada. Neste contexto da amostragem, o elemento é a unidade de base da população, junto da qual a informação é colhida. O plano

de amostragem serve para descrever a estratégia a utilizar para seleccionar a amostra. Existem dois grandes grupos de amostras, as amostras: probabilísticas e as não probabilísticas (FORTIN, 2009).

A principal característica da amostragem probabilística é o facto de cada elemento da população ter uma probabilidade conhecida e diferente de zero de ser escolhida, aquando da tiragem ao acaso para fazer parte da amostra. O objectivo principal é obter a melhor representatividade possível, reduzindo o erro amostral. Existem quatro tipos de amostragem probabilística: a amostragem aleatória simples, a amostragem aleatória estratificada, a amostragem em cachos e a amostragem sistemática (FORTIN, 2009).

Na amostragem não probabilística cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de fazer parte da amostra. Esta tem o risco de ser menos representativa do que a amostragem probabilística. A amostragem acidental, a amostragem por quotas, a amostragem por seleção racional e a amostragem por redes são os principais métodos desta amostragem.

## **Variáveis**

As variáveis estão incluídas no enunciado do objetivo, nas questões de investigação e nas hipóteses. São consideradas as unidades de base da investigação, assim como qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações possíveis de mudar ou variar no tempo (FORTIN, 2009).

Uma variável é "...tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspetos, segundo os casos particulares ou as circunstâncias" (GIL, 1995, p. 36).

Variável pode também ser definida como "a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente" (POLIT e HUNGLER, 1995, p. 26).

Em função dos objetivos e das questões formuladas, e na perspectiva de Fortin, (2009) as variáveis podem ser consideradas de três tipos:

1) Variáveis atributo, que correspondem às características dos sujeitos e que são obtidas para descrever a amostra, e que no nosso estudo são: idade, sexo, medidas antropométricas, limitação física, estado civil, situação laboral, escolaridade, residência, rendimento mensal, situação financeira e quanto gasta mensalmente em medicação.

2) Variáveis independentes são o elemento capaz de exercer um efeito sobre outra variável, num contexto de investigação. Neste estudo consideramos:

- variáveis sócio-familiares (com quem vive, escala de apgar familiar);
- variáveis clínicas (peso, altura, limitação física);
- variáveis relacionadas com os serviços de saúde (distância do domicílio ao hospital /centro de saúde, acessibilidade, dificuldade em se deslocar ao local da sua consulta, médico assistente, periodicidade das consultas, faltas às consultas, assistência prestada nas consultas);
- variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica (está a tomar medicação com prescrição médica, medicação habitual, número de comprimidos, há quanto tempo toma essa medicação, se considera excessivo o número de comprimidos, dificuldade em seguir as indicações médicas e efeitos indesejados);
- variável psicológica, locus de controlo.

3) Variáveis dependentes são o elemento que sofre o efeito, é o resultado esperado pelo investigador, aquelas que têm interesse para a compreensão e explicação do problema e que neste estudo foi a adesão à terapêutica, avaliada através de medidas de adesão aos tratamentos (MAT).

### **Operacionalização das variáveis**

A identificação e operacionalização de variáveis são um suporte importante em qualquer estudo de investigação, por permitir a determinação do rigor e explicitação das mesmas, ou seja, dos atributos ou valores necessários para a compreensão do facto ou fenómeno a ser estudado. A este propósito, Fortin (2009) refere que as variáveis devem ser definidas não somente de forma concetual, mas também de forma operacional, com vista a permitir a sua medida.

**Índice de Massa Corporal (IMC)** – É a medida antropométrica da massa corporal. Define-se como o peso em quilogramas, dividido pela altura em metros quadrados. É também um modo de determinar o estado nutricional calórico.

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

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

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

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

(World Health Organization, 2008)(b)

**Limitação Física** – A classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) proporciona um meio simples de classificar a extensão da insuficiência cardíaca. Categoriza os doentes em uma de quatro categorias baseada na limitação da atividade física (dispnéia e angina de peito).

#### Classes NYHA

I – Sem sintomas e nenhuma limitação em atividades rotineiras; mais de 6 METs na ergonomia;

II – Leves sintomas e limitações em atividades rotineiras. Confortáveis no repouso. De 4 a 6 METs na ergonomia;

III – Com limitação importante na atividade física; atividades menores que as rotineiras produzem sintomas. Confortáveis somente em repouso. 2-4 METs na ergonomia;

IV – Severas limitações. Sintomas presentes mesmo em repouso. Não tolera a ergonomia.

**Apgar Familiar** – Para a avaliação da funcionalidade familiar, utilizou-se o índice de APGAR familiar da autoria de Smilkstein em 1978, que “é um instrumento em que os dados são colhidos rapidamente e fornece elementos claros e com um mínimo de especificidade” (FERNANDES, 2002, p. 30).

O Apgar familiar é definido como um teste que quantifica a percepção que o indivíduo tem da sua família ou das pessoas com quem habitualmente vive, consta de cinco perguntas que cobrem cinco parâmetros da funcionalidade familiar (FERNANDES, 2003).

Proveniente da língua inglesa, o acrónimo APGAR, deriva de adaptation (adaptação), partnership (companheirismo), growth (desenvolvimento), affection (afetividade) e resolve (capacidade resolutiva), retrata as seguintes dimensões: adaptação (consiste na capacidade de utilizar recursos intra e extra familiares para resolver problemas familiares em situações de “stress” familiar ou em períodos de crise); convivência e comunicação (tem a ver com a implicação dos membros da família na tomada de decisões e nas responsabilidades relacionadas com o equilíbrio familiar); desenvolvimento (está associado à maturação física, emocional e auto-realização que são alcançados pelos membros de uma família graças ao apoio mútuo), afetividade (é a relação de carinho ou amor que existe entre os membros da família) e dedicação à família (relaciona-se com o compromisso de dedicar tempo e prover às necessidades físicas e emocionais dos outros membros da família. Geralmente, implica a decisão de partilhar um espaço (IMAGINÁRIO, 2004, Cit. por GONÇALVES, 2010).

A escala de Apgar Familiar é constituída por 5 perguntas que quantificam a perceção que o indivíduo tem da sua família e que têm três possibilidades de resposta (quase sempre; algumas vezes e quase nunca) a que correspondem as pontuações 2 pontos; 1 ponto e 0 pontos, respetivamente. O resultado final obtém-se pela soma da pontuação atribuída a cada uma das perguntas, em que a pontuação global nos indica a funcionalidade familiar, (7 a 10 – família altamente funcional; 4 a 6 – família moderadamente funcional; 0 a 3 – família com disfunção acentuada), (AZEREDO e MATOS, 1989).

#### – **Variáveis relacionadas com a adesão**

Considerando a diversidade e complexidade dos comportamentos que podem estar em causa quando falamos de adesão, compreende-se a dificuldade em encontrar uma “medida” de adesão, já que esta depende da doença, do tratamento e da metodologia utilizada para a medir (DELGADO e LIMA, 2001).

Para determinar a adesão ao tratamento, foi utilizado o teste de Medida de Adesão ao Tratamento – MAT, desenvolvido, adaptado e validado por Delgado e Lima (2001). Este teste é composto por sete itens numa escala de Likert de seis pontos (que variava de sempre = 1 a nunca = 6), o nível de adesão resulta da soma dos valores de cada item, quanto maior o valor obtido, maior é o nível de adesão (DELGADO e LIMA, 2001).

Os valores mais elevados do nível de adesão significam maior nível de adesão ao tratamento. Para quantificarmos a variável adesão à terapêutica utilizámos o grupo extremos. Categorizámos em três categorias a adesão à terapêutica 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).

---

– **Variável psicológica**

**Locus de controlo** – Definido como a perceção que a pessoa tem sobre o controlo dos acontecimentos da sua vida.

A influência dos fatores psicológicos nos comportamentos relacionados com a saúde, com situações de doença, embora nem sempre clarificados, é um facto inquestionável. O locus de controlo tem influência no grau de emoções sentidas e determina também a própria adesão ao tratamento (AMORIM, 2009).

Para determinar o locus de controlo foi adotada a versão portuguesa da RLOC (Recovery Locus of Control – C. Partridge & M. Johnson, 1989) adaptada por Rui Aragão Oliveira e Rui Paixão (1998). Esta é uma escala tipo Likert e permite uma resposta que varia entre “concordo muito”, a que é atribuída a pontuação 5, e “não concordo mesmo nada”, pontuada com 1 ponto, variando os resultados finais entre 12 e 60 pontos. Esta escala é dividida em doze itens sendo que os itens 1, 4, 5, 7, 10, e 12 constituem o factor 1 e referem-se à “internalidade” explicando 31,6% da variância. O factor 2 é composto pelos itens 6, 9 e 11, e dizem respeito à “externalidade acaso” e explicam 11,5% da variância. Ao factor 3 estão associados os itens 2, 3 e 8 e referem-se à “externalidade outros poderosos”, explicando 10,9% da variância total (OLIVEIRA e PAIXÃO, 1998).



## **APÊNDICE 2**

### **QUADROS DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA**

Quadro 1 – Estatística referentes à idade

Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica



**Quadro 1 – Estatística referentes à idade**

Idade	N	Mín	Máx	$\bar{X}$	s	Cv (%)	Sw/error	Kw/error	Leven`s	t	p
Masculino	75	41	86	66,40	10,40	15,67	-1,13	-1,02	0,397	-0,248	0,804
Feminino	21	46	82	67,05	11,11	16,57	-0,83	-1,22			
Valor Global	96	41	86	66,54	10,51	15,79	-1,33	-1,49			

**Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica**

	Masculino N=75		Feminino N=21		Total N=96	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>	75	78,1	21	21,9	96	100,0
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	7	9,3	2	9,5	9	9,4
Casado	59	78,7	13	61,9	72	75,0
Víuvo	6	8,0	6	28,6	12	12,5
Divorciado	3	4,0	0	0,0	3	3,1
<b>Situação laboral</b>						
Empregado	29	38,7	7	33,3	36	37,5
Desempregado	1	1,3	1	4,8	2	2,1
Reformado	45	60,0	13	61,9	58	60,4
<b>Escolaridade</b>						
Não sabe ler nem escrever	6	8,0	3	14,3	9	9,4
Escola primária	39	52,0	13	61,9	52	54,2
Ciclo preparatório	7	9,3	0	0,0	7	7,3
Escola secundária	15	20,0	0	0,0	15	15,6
Ensino superior	8	10,7	5	23,0	13	13,5
<b>Residência</b>						
Aldeia	38	50,7	13	61,9	51	53,1
Vila	13	17,3	3	14,3	16	16,7
Cidade	24	32,0	5	28,3	29	30,2
<b>Rendimento</b>						
Inferior a 485€	29	38,7	13	61,9	42	43,8
Entre 486 a 970€	26	34,7	3	14,3	29	30,2
Entre 971 a 1455€	14	18,7	2	9,5	16	16,7
Superior a 1456€	6	8,0	3	14,3	9	9,4
<b>Situação financeira</b>						
Confortável	11	14,7	3	14,3	14	14,6
Tenho o suficiente para necessidades	29	38,7	10	47,6	39	40,6
Tenho algumas dificuldades	30	40,0	5	23,8	35	36,5
É muito problemática	5	6,7	3	14,3	8	8,3



### **APÊNDICE 3**

#### **COLHEITA DE DADOS**

Procedimentos na recolha de dados

Escolha do instrumento de colheita de dados

Questionário

Pedido de autorização para realização da colheita de dados

Pedido de consentimento aos doentes

Declaração de consentimento



## **Procedimentos na recolha de dados**

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais, e existem certos limites que não devem ser ultrapassados, o respeito pela pessoa humana e a proteção ao seu direito de viver livre e dignamente. “Se um estudo pelos seus métodos de experimentação ou de recolha de dados pelos conceitos estudados ou pela publicação de resultados viola este direito ou é suscetível de lhe causar prejuízo, é moralmente inaceitável, tanto para os sujeitos como para os próprios investigadores ou para a comunidade na globalidade” (FORTIN, BRISSON e WAKULCZYK, 2003, p. 113).

Há cinco direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, que são: “direito à auto-determinação, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por último, direito a um tratamento justo e legal” (FORTIN, 2009, p. 180). Estes direitos devem ser respeitados, não esquecendo outro aspeto ético importante que devemos ter em consideração numa investigação é a integridade que deve ser mantida durante todo o processo, desde a obtenção dos dados até à sua publicação.

## **Escolha do instrumento de colheita de dados**

A investigação incide em diversos fenómenos, requerendo o acesso a vários métodos de colheita de dados. A essência do problema de investigação estipula o tipo de método de colheita de dados a utilizar. A escolha do método faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende também da estratégia de análise estatística considerada. Antes de iniciar uma colheita de dados, o investigador deve certificar-se de que a informação que pretende colher através do instrumento de colheita de dados corresponde à necessidade, de forma a responder aos objetivos da sua investigação. Deste modo, é de extrema importância conceber um instrumento de colheita de dados apropriado e pertinente (FORTIN, 2009).

Num estudo de investigação são vários os instrumentos que permitem efetuar a recolha de dados, cabendo “ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (FORTIN, GRENIER e NADEAU, 2003, p. 240).

Técnica de recolha de dados é definida como “o conjunto de processos e instrumentos elaborados para garantir o registo das informações, o controlo e a análise dos dados”. (MORESI, 2003, p. 29).

Tendo em conta a metodologia científica e os objetivos do estudo, utilizámos o questionário como instrumento de recolha de dados. Pode definir-se questionário como uma técnica de investigação, composta por um número de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões e expetativas (GIL, 1995).



Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO

*Unidade Científico Pedagógico - Enfermagem Médico-Cirúrgica*

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

## QUESTIONÁRIO

Os estudantes do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, estão a desenvolver um trabalho sobre *Determinantes da Adesão Terapêutica do Doente com Cardiopatia Isquémica*. Como tal solicitamos a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Assim sendo:

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

Gratos pela sua colaboração e disponibilidade prestada.



### VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

- 1 - **Idade:** \_\_\_\_anos
- 2 - **Sexo:**  Masculino  
 Feminino
- 3 - **Estado Civil:**  Solteiro  
 Casado  
 Viúvo  
 Divorciado
- 4 - **Actualmente que é a sua Situação laboral:**  Empregado  
 Desempregado  
 Reformado
- 5 - **Escolaridade:**  Não sabe ler nem escrever  
 Escola primária  
 Ciclo preparatório  
 Escola secundária  
 Ensino superior
- 6 - **Residência:**  Aldeia  
 Vila  
 Cidade
- 7 - **Rendimento mensal (líquido):**  Inferior a 485 €  
 Entre 486 a 970 €  
 Entre 971 a 1455 €  
 Superior a 1456 €
- 8 - **Como é que se sente em relação à sua situação financeira?**  Confortável  
 Tenho o suficiente para as necessidades  
 Tenho algumas dificuldades  
 É muito problemática

### VARIÁVEIS CLÍNICAS

**Medidas antropométricas:** *Peso* \_\_\_\_\_ Kg      *Altura* \_\_\_\_\_ cm

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

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

### VARIÁVEIS SÓCIOFAMILIARES

- Com quem vive:**  Com o cônjuge/companheiro(a)  
 Com a família restrita (marido, esposa e filhos)  
 Com a família alargada (filhos, marido, esposa, pais, sogros)  
 Sozinho(a)  
 Num lar

#### ESCALA DE APGAR FAMILIAR

SMILKSTEIN (1978) cit. in AZEREDO e MATOS (1989)

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

## VARIÁVEIS RELACIONADAS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

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

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

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

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

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

6 - Alguma vez faltou às consultas?  Nunca  
 Sim, raramente  
 Sim, algumas as vezes  
 Sim, muitas vezes

7 - Actualmente como considera a assistência prestada nas consultas

	Muito boa	Boa	Regular	Má	Péssima	Não se aplica
1. Pelo médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pelo enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pelos assistentes operacionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pelo pessoal administrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VARIÁVEIS RELACIONADAS COM A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

1 - Está a tomar ou tomou no último ano algum tipo de medicação com prescrição médica?

- Sim, ainda estou a tomar neste momento  
 Sim, tomei no último ano mas neste momento já não estou a tomar  
 Não, não tomei no último ano

2 - Medicação habitual:  IECAS  Anti-agregante Plaquetário  Estatinas   $\beta$ -bloqueador  
 Antihipertensores  Antidiabéticos orais  Antiarrítmicos  Outra. Quais? \_\_\_\_\_

3 - Número total de comprimidos que toma diariamente: \_\_\_\_\_

4 - Há quanto tempo toma essa medicação? \_\_\_\_\_ (meses)

5 - Considera excessivo o número de comprimidos que tem de tomar por dia?  Sim  são os necessários  Não

6 - Tem dificuldade em seguir integralmente as indicações médicas?  Sim  Não

6.1 - Se sim, o que costuma fazer

- Falar o máximo possível com o profissional de saúde (enfermeiro, médico...)  
 Usar uma caixa especial para transportar os medicamentos  
 Ajustar o tratamento às actividades diárias  
 Mudar para um regime mais simples, por sua iniciativa  
 Juntar-se a um grupo de apoio/ Associação de doentes  
 Pedir ao profissional de saúde (enfermeiro, médico...) que ajuste o regime terapêutico para que se adeque aos seus horários e estilo de vida  
 Pedir sempre ao profissional de saúde (enfermeiro, médico...) um plano escrito do tratamento a seguir (medicamentos a tomar, horários, quantidades, etc.)  
 Alterar, por sua iniciativa, para um regime terapêutico com efeitos secundários que sejam melhor tolerados por si  
 Compensar uma dose em falta na vez seguinte (Duplicar a dose seguinte após não ter tomado uma vez como devia)

7 - Quanto costuma gastar mensalmente com a medicação? \_\_\_\_\_

8 - Apresentou algum efeito indesejado com a medicação?  Sim  Não

8.1 - Se sim, Qual?  palpitações  Fraqueza/Fadiga  Náuseas  Cefaleias  Outros, qual? \_\_\_\_\_

### MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT) (Delgado e Lima, 2001)

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

### ESCALA DE LOCUS DE CONTROLO

(C. Partridge & M. Johnston, 1989; Versão Portuguesa R. A. Oliveira, 1998)

As questões que se seguem dizem respeito à forma como as pessoas sentem e pensam da sua recuperação face à situação. Para cada uma das questões assinale a resposta que escolheu.

	Concordo muito	Concordo	Nem concordo nem discordo	Não concordo	Não concordo mesmo nada
1 - A forma como vou lidar com o meu futuro depende de mim e não do que as outras pessoas fazem por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - É sempre melhor esperar para ver o que me vai acontecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Os médicos são as únicas pessoas que me podem ajudar a recuperar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - O que eu conseguir fazer por mim é que vai marcar realmente a diferença na minha recuperação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Os meus esforços não são o mais importante, pois a minha recuperação depende essencialmente da ajuda das outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Os amigos e familiares podem fazer muito pouco para me ajudarem a ultrapassar esta fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Nesta situação tudo depende de mim para conseguir a melhor recuperação possível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - A minha contribuição para a minha recuperação não conta muito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Só os técnicos de saúde é que me podem fazer voltar ao que era.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - As minhas melhoras dependem mais da minha determinação e força de vontade do que qualquer outra coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Tenho pouco ou nenhum controlo sobre os meus progressos a partir de agora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Pouco interessa a ajuda que possamos ter no fim o nosso esforço é que conta verdadeiramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Centro Hospitalar de  
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA

*Prof. Adunira*



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

---

**ASSUNTO:** Colheita de dados

---

Após parecer emitido pela Comissão Ética em 04/05/2011, o Conselho de Administração em 10/05/2011, decidiu autorizar o pedido de colheita de dados para um estudo subordinado ao tema "Adesão Terapêutica do Doente com Cardiopatia Isquémica", desde que seja definido o ponto II do conteúdo do Director do Serviço".

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 27 de Maio de 2011

*Carlos Vaz*  
9.6.2011

O Presidente do  
Conselho de Administração

---

Carlos Vaz

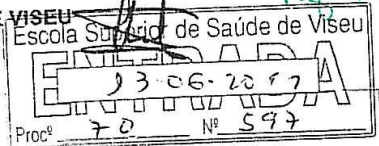


*Aos Excmos. Directores de Cardiologia, Director de C. Externa e chefe chefe de C. Ext. s. para informacao.*



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

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102  
3500-843 VISEU  
Telf. 232 419 100  
Telem. 961 011 800  
Fax 232 428 343

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

*Copra ao Prof. Tabuara  
13.06.2011*

*Autorizado  
13/06/11*

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

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

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

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício indicar só de um assunto

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

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

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

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

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

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

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

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

AM/NC

824 1000

13 04 2011 ✓

2410572011 ✓

13/06/2011 ✓

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





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

**Investigador Colaborador:** José Artur Reis Pimentel

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

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

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

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

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

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

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







## **APÊNDICE 4**

### **QUADROS DE ESTATÍSTICA DESCRITIVA**

Quadro 3 – Estatística referente ao Índice de massa corporal

Quadro 4 – Estatística referente às variáveis clínicas

Quadro 5 – Estatística referente ao Apgar global

Quadro 6 – Variáveis sociofamiliares

Quadro 7 – Estatística referente à distância do domicílio ao hospital/centro de saúde

Quadro 7 – Estatística referente à distância do domicílio ao hospital/centro de saúde

Quadro 8 – Variáveis relacionadas com serviços de saúde

Quadro 9 – Estatística referente a variáveis relacionadas com a terapêutica

Quadro 10 – Variáveis relacionadas com a terapêutica

Quadro 11 – Estatística referente à adesão Global

Quadro 12 – Nível de adesão

Quadro 13 – Estatística referente ao locus de controlo



**Quadro 3 – Estatística referente ao Índice de massa corporal**

	N	Mín	Máx	$\bar{X}$	s	Cv (%)	Sw/error	Kw/error	Leven`s	t	p
Masculino	75	20,6	40,1	28,01	4,24	15,12	4,21	1,44	0,101	3,372	0,013
Feminino	21	19,8	31,6	24,67	3,05	12,37	1,85	0,84			
Valor Global	96	19,8	40,1	27,28	4,23	15,49	4,61	2,61			

**Quadro 4 – Estatística referente às variáveis clínicas**

	Masculino N-75		Feminino N-21		Total N-96	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<b>Índice de massa corporal</b>						
Magreza	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Saudável	15	20,0	16	76,2	31	32,3
Pré-obesidade	44	58,7	3	14,3	47	49,0
Obesidade moderada	9	12,0	2	9,5	11	11,5
Obesidade clínica	6	8,0	0	0,0	6	6,3
Obesidade mórbida	1	1,3	0	0,0	1	1,0
<b>Limitação física</b>						
Sem sintomas ou limitações	35	46,7	12	57,1	47	49,0
Limitação actividades quotidianas	34	45,3	7	33,3	41	42,7
Acentuada limitação actividades simples	4	5,3	2	9,5	6	6,3
Severas limitações mesmo em repouso	2	2,7	0	0,0	2	2,1

**Quadro 5 – Estatística referente ao Apgar global**

	N	Mín	Máx	$\bar{X}$	s	Cv (%)	Sw/error	Kw/error	Leven`s	t	p
Masculino	75	0,00	10,00	7,09	3,46	48,79	-3,57	-0,63	0,062	-0,061	0,951
Feminino	21	3,00	10,00	7,14	2,46	34,37	-0,27	-1,71			
Valor Global	96	0,00	10,00	7,10	3,26	45,83	-3,80	-0,55			

**Quadro 6 – Variáveis sociofamiliares**

	Masculino N=75		Feminino N=21		Total N=96	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<b>Com quem vive</b>						
Com o cônjuge/companheiro(a)	38	50,7	10	47,6	48	50,0
Com a família restrita	25	33,3	7	33,3	32	33,3
Com a Família alargada	2	2,7	1	4,8	3	3,1
Sozinho	7	9,3	3	14,3	10	10,4
Num Lar	3	4,0	0	0,0	3	3,1
<b>Apgar familiar</b>						
Família com disfunção acentuada	11	14,7	1	4,8	12	12,5
Família moderadamente funcional	18	24,0	9	42,9	27	28,1
Família altamente funcional	46	61,3	11	52,4	57	59,4

**Quadro 7 – Estatística referente à distância do domicílio ao hospital/centro de saúde**

	N	Mín	Máx	$\bar{X}$	s	Cv (%)	Sw/error	Kw/error	Leven`s	t	p
Masculino	75	0	102	17,94	19,84	110,60	7,26	8,92	0,885	-0,012	0,990
Feminino	21	2	100	18,00	21,91	121,73	5,70	10,21			
Valor Global	96	0	102	17,95	20,19	112,50	0,25	0,49			

**Quadro 8 – Variáveis relacionadas com serviços de saúde**

	Masculino N=75		Feminino N=21		Total N=96	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<b>Acessibilidade</b>						
Transporte próprio	52	69,3	10	47,6	62	64,6
Transporte de familiares/vizinhos	11	14,7	8	38,1	19	19,8
Transporte público	7	9,3	3	14,3	10	10,4
Táxi	5	6,7	0	0,0	5	5,2
<b>Dificuldade de deslocação</b>						
Sim	25	33,3	11	52,4	36	37,5
Não	50	66,7	10	47,6	60	62,5
<b>Qual dificuldade</b>						
A distância é grande para ir a pé	2	8,0	1	9,1	3	c
Custo financeiro	2	8,0	1	9,1	3	8,3
Tem dificuldade de transporte	11	44,0	6	54,5	17	47,2
Necessita de acompanhamento	8	32,0	3	27,3	11	30,6
Não pode faltar ao trabalho	2	8,0	0	0,0	2	5,6
<b>Médico assistente</b>						
Médico de família	13	17,3	3	14,3	16	16,7
Médico particular (não cardiologista)	3	4,0	4	19,0	7	7,3
Cardiologista	59	78,7	14	66,7	73	76,0
<b>Periodicidade das consultas</b>						
Anualmente	12	16,0	4	19,0	16	16,7
Semestralmente	40	53,3	11	52,4	51	53,1
2 a 4 vezes ano	22	29,3	3	14,3	25	26,0
Mais de 4 vezes ano	1	1,3	3	14,3	4	4,2
<b>Faltou às consultas</b>						
Nunca	61	81,3	18	85,7	79	82,3
Sim, raramente	12	16,0	3	14,3	15	15,6
Sim, algumas vezes	1	1,3	0	0,0	1	1,0
Sim, muitas vezes	1	1,3	0	0,0	1	1,0
<b>Assistência na consulta pelo médico</b>						
Muito boa	45	60,0	15	71,4	60	62,5
Boa	27	36,0	6	28,6	33	34,4
Regular	3	4,0	0	0,0	3	3,1
<b>Assistência na consulta pelo enfermeiro</b>						
Muito boa	44	58,7	17	81,0	61	63,5
Boa	27	36,0	4	19,0	31	32,3
Regular	3	4,0	0	0,0	3	3,1
Não se aplica	1	1,3	0	0,0	1	1,0
<b>Assistência pelos assistentes operacionais</b>						
Muito boa	43	57,3	15	71,4	58	60,4
Boa	29	38,7	6	28,6	35	36,5
Regular	3	4,0	0	0,0	3	3,1
<b>Assistência pelo pessoal administrativo</b>						
Muito boa	43	57,3	15	71,4	58	60,4
Boa	29	38,7	6	28,6	35	36,5
Regular	3	4,0	0	0,0	3	3,1

**Quadro 9 – Estatística referente a variáveis relacionadas com a terapêutica**

	N	Mín	Máx	$\bar{X}$	s	Cv (%)	Sw/error	Kw/error	Leven's	t	p
<b>Número de Comprimidos</b>											
Masculino	75	2	21	7,66	3,84	50,14	4,38	4,00	0,430	1,514	0,133
Feminino	21	1	13	6,29	2,99	47,50	0,38	0,01			
Valor Global	96	1	21	7,36	3,70	50,27	4,68	4,75			
<b>Tempo de toma de medicação (meses)</b>											
Masculino	75	2	225	51,01	43,20	84,68	6,06	6,03	0,620	0,261	0,795
Feminino	21	6	132	48,33	34,45	73,35	1,30	-0,09			
Valor Global	96	2	225	50,43	41,46	82,22	6,36	6,30			
<b>Quanto gasta</b>											
Masculino	75	10	200	77,77	45,77	58,85	3,21	1,48	0,739	1,003	0,318
Feminino	21	5	150	66,35	43,18	63,10	0,38	-0,96			
Valor Global	96	5	200	75,37	45,25	59,73	3,16	1,33			

**Quadro 10 – Variáveis relacionadas com a terapêutica**

	Masculino N=75		Feminino N=21		Total N=96	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<b>Toma medicação</b>	75	78,1	21	21,9	96	100
<b>Medicação habitual</b>						
IECAS	23	88,5	3	11,5	26	27,1
Antiagregante plaquetário	54	78,3	15	21,7	69	71,9
Estatinas	48	87,3	7	12,7	55	57,3
β-bloqueador	15	88,2	2	11,8	17	17,7
Antihipertensores	41	80,4	10	19,6	51	53,1
Antidiabéticos orais	22	84,6	4	15,4	26	27,1
Antiarrítmicos	4	80,0	1	20,0	5	5,2
Outra Medicação	56	74,7	17	81,0	73	76,0
<b>Considera excessivo o n.º de comprimidos</b>						
Sim	15	20,0	10	47,6	26	27,1
São os necessários	53	70,7	8	38,1	61	63,5
Não	6	8,0	3	14,3	9	9,4
<b>Dificuldade seguir indicação médica</b>						
Sim	7	9,3	2	9,5	9	9,4
Não	68	90,7	19	90,5	87	90,6
<b>O que costuma fazer</b>						
Usar caixa	1	14,3	2	100,0	3	33,3
Ajustar tratamento	3	42,9	0	0,0	3	33,3
Mudar regime	1	14,3	0	0,0	1	11,1
Pedir ao profissional que ajuste	1	14,3	0	0,0	1	11,1
Pedir plano escrito	1	14,3	0	0,0	1	11,1
<b>Apresentou efeitos indesejáveis</b>						
Sim	23	30,7	10	47,6	33	34,4
Não	52	69,3	11	52,4	63	65,6

**Quadro 11 – Estatística referente à adesão**

	<b>N</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	$\bar{X}$	<b>s</b>	<b>Cv (%)</b>	<b>Sw/error</b>	<b>Kw/error</b>	<b>Leven`s</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Masculino	75	24,00	35,00	32,83	2,42	7,38	-6,27	5,39	0,000	1,237	0,229
Feminino	21	7,00	35,00	30,95	6,82	22,04	-5,29	7,75			
Valor Global	96	7,00	35,00	32,42	3,87	11,94	-15,54	41,51			

**Quadro 12 – Nível de adesão**

	<b>Masculino N-75</b>		<b>Feminino N-21</b>		<b>Total N-96</b>	
	<b>N.º</b>	<b>%</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Baixa adesão	13	17,3	5	23,8	18	18,8
Razoável adesão	29	38,7	7	33,3	36	37,5
Boa adesão	33	44,0	9	42,9	42	43,8

**Quadro 13 – Estatística referente ao locus de controlo**

	<b>N</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	$\bar{X}$	<b>s</b>	<b>Cv (%)</b>	<b>Sw/error</b>	<b>Kw/error</b>	<b>Leven`s</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Internalidade	96	12	30	21,45	3,25	15,14	-0,87	0,84	0,03	1,154	0,259
Acaso	96	3	12	8,11	1,84	22,68	0,73	-0,03	0,07	-0,480	0,632
Outros Poderosos	96	4	13	7,45	1,61	21,59	1,93	0,97	0,06	-0,243	0,808

## APÊNDICE 5

### QUADROS E TABELAS DE ESTATÍSTICA INFERENCIAL

Tabela 1 – Teste de normalidade relativo ao locus de controlo

Tabela 2 – Associação entre sexo e locus de controlo

Tabela 3 – Associação entre estado civil e locus de controlo

Tabela 4 – Associação entre situação laboral e locus de controlo

Tabela 5 – Associação entre escolaridade e locus de controlo

Tabela 6 – Associação entre zona de residência e locus de controlo

Tabela 7 – Associação entre rendimento mensal e locus de controlo

Tabela 8 – Associação entre situação financeira e locus de controlo

Tabela 9 – Associação entre apgar familiar e locus de controlo

Tabela 10 – Associação entre acessibilidade e locus de controlo

Tabela 11 – Associação entre dificuldade de deslocação e locus de controlo

Tabela 12 – Associação entre médico assistente e locus de controlo

Tabela 13 – Associação entre dificuldade em seguir a indicação médica e locus de controlo

Tabela 14 – Associação entre limitação física e locus de controlo

Tabela 15 – Associação entre as variáveis idade, apgar global, distância, número de comprimidos, tempo de medicação, gastos com medicação e IMC e as dimensões de locus de controlo

Quadro 14 – Regressão múltipla entre internalidade e idade, apgar global, distância, número de comprimidos, tempo de medicação, gastos com medicação e IMC

Quadro 15 – Regressão múltipla entre acaso e IMC e Gastos com medicação

Quadro 16 – Regressão múltipla entre outros poderosos e número de comprimidos

Tabela 16 – Teste de normalidade relativo ao locus de controlo

Tabela 17 – Associação entre locus de controlo e adesão ao tratamento

Quadro 17 – Regressão múltipla entre MAT e locus de controlo



**Tabela 1 – Teste de normalidade relativo ao locus de controlo**

	Kolmogorov-Smirnov	p
Internalidade	0,13	0,00
Acaso	0,16	0,00
Outros poderosos	0,14	0,00

p &lt; 0,05

**Tabela 2 – Associação entre sexo e locus de controlo**

Sexo	Masculino N = 75	Feminino N = 21	Mean-Whitney U	t
	Mean Rank	Mean Rank		
Internalidade	49,71	44,17	696,50	0,42
Acaso	47,54	51,93	715,50	0,52
Outros poderosos	48,94	46,93	754,50	0,77

Mean-Whitney U

**Tabela 3 – Associação entre estado civil e locus de controlo**

Estado civil	Solteiro N = 9	Casado N = 72	Viúvo N = 12	Divorciado N = 3	X <sup>2</sup>	t
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Internalidade	42,72	50,74	33,54	71,83	6,54	0,09
Acaso	38,17	46,97	60,33	68,83	5,39	0,15
Outros poderosos	51,78	46,36	60,71	41,17	3,19	0,36

X<sup>2</sup> - Kruskal Wallis Test**Tabela 4 – Associação entre situação laboral e locus de controlo**

Situação laboral	Activa N = 36		Não activa N = 60		Levene's p	t	p
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s			
Internalidade	21,25	3,52	21,57	3,10	0,469	-0,46	0,65
Acaso	8,17	2,08	8,08	1,70	0,440	0,21	0,83
Outros poderosos	7,19	1,58	7,60	1,62	0,947	-1,20	0,23

t - t student

**Tabela 5 – Associação entre escolaridade e locus de controlo**

Escolaridade	Não sabe ler nem escrever N = 9	Escola primária N = 52	Ciclo preparatório N = 7	Escola secundária N = 15	Ensino superior 13	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Internalidade	45,17	50,59	39,64	48,93	46,73	1,21	0,88
Acaso	44,67	52,16	56,86	47,37	33,31	5,77	0,22
Outros poderosos	53,89	49,05	53,57	49,57	38,62	2,34	0,67

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

**Tabela 6 – Associação entre zona de residência e locus de controlo**

Residência	Aldeia N = 51	Vila N = 16	Cidade N = 29	$\chi^2$	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Internalidade	48,67	45,16	50,05	0,33	0,85
Acaso	46,51	55,66	48,05	1,37	0,51
Outros poderosos	48,04	51,00	47,93	0,16	0,92

$\chi^2$  – Kruskal Wallis Test

**Tabela 7 – Associação entre rendimento mensal e locus de controlo**

Rendimento mensal	< a 485€ N = 42	486 a 970€ N = 29	971 a 1455€ N = 16	> a 1456€ N = 9	$\chi^2$	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Internalidade	49,85	49,90	45,19	43,61	0,69	0,88
Acaso	53,67	49,93	43,28	29,06	6,68	0,08
Outros poderosos	50,99	49,21	48,47	34,67	2,68	0,44

$\chi^2$  – Kruskal Wallis Test

**Tabela 8 – Associação entre situação financeira e locus de controlo**

Situação financeira	Confortável N = 14	Suficiente para as necessidades N = 39	Algumas dificuldades N = 35	É muito problemática N = 8	$\chi^2$	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Internalidade	50,75	49,01	46,42	52,44	0,49	0,92
Acaso	34,96	45,37	54,94	54,50	6,40	0,09
Outros poderosos	46,07	53,69	43,59	54,00	2,96	0,40

$\chi^2$  – Kruskal Wallis Test

**Tabela 9 – Associação entre apgar familiar e locus de controlo**

Apgar familiar	Disfunção acentuada N=12	Moderadamente funcional N=27	Altamente funcional N=57	$\chi^2$	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Internalidade	67,17	41,39	47,94	7,30	0,03*
Acaso	54,63	50,20	46,40	1,04	0,60
Outros poderosos	42,58	48,81	49,60	0,66	0,72

$\chi^2$  – Kruskal Wallis Test

**Tabela 10 – Associação entre acessibilidade e locus de controlo**

Acessibilidade	Transporte próprio N = 62	Transporte de familiares/vizinhos N = 19	Transporte público N = 10	Táxi N = 5	$\chi^2$	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Internalidade	47,93	44,89	50,45	65,40	2,28	0,52
Acaso	45,50	53,32	57,25	49,90	2,36	0,50
Outros poderosos	46,44	50,95	53,85	54,10	1,10	0,78

$\chi^2$  – Kruskal Wallis Test

**Tabela 11** – Associação entre dificuldade de deslocação e locus de controlo

Dificuldade de deslocação	Sim N = 36		Não N = 60		Leven`s	t	p
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s			
Internalidade	21,58	3,01	21,37	3,40	0,139	0,32	0,75
Acaso	8,17	1,38	8,08	2,08	0,010	0,21	0,83
Outros poderosos	7,83	1,58	7,22	1,60	0,497	1,84	0,07

t - t student

**Tabela 12** – Associação entre médico assistente e locus de controlo

Médico assistente	Médico de família N = 16	Médico particular (não cardiologista) N = 7	Cardiologista N = 73	$\chi^2$	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Internalidade	37,31	39,21	51,84	4,49	0,11
Acaso	51,63	58,29	46,88	1,36	0,51
Outros poderosos	62,75	65,50	43,75	9,29	0,01

 $\chi^2$  – Kruskal Wallis Test**Tabela 13** – Associação entre dificuldade em seguir a indicação médica e locus de controlo

Tem dificuldade em seguir a indicação médica	Sim N = 9	Não N = 87	Mean-Whitney U	t
	Mean Rank	Mean Rank		
Internalidade	39,56	49,43	311,00	0,31
Acaso	43,06	49,06	342,50	0,53
Outros poderosos	48,00	48,55	387,00	0,95

Mean-Whitney U

**Tabela 14** – Associação entre limitação física e locus de controlo

Limitação física	Sem sintomas ou limitações N = 47	Limitação actividades quotidianas N = 41	Acentuada limitação actividades simples N = 6	Severas limitações mesmo em repouso N = 2	$\chi^2$	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Internalidade	50,27	46,21	54,92	34,75	1,30	0,73
Acaso	50,99	44,79	60,33	30,50	3,12	0,37
Outros poderosos	48,69	45,39	69,17	45,75	3,99	0,26

 $\chi^2$  – Kruskal Wallis Test**Tabela 15** – Associação entre as variáveis idade, apgar global, distância, número de comprimidos, tempo de medicação, gastos com medicação e IMC e as dimensões de locus de controlo

	Internalidade		Acaso		Outros poderosos	
	r	p	r	p	r	p
Idade	-0,076	0,232	0,096	0,176	0,109	0,144
Apgar global	-0,092	0,186	-0,102	0,161	0,075	0,233
Distancia	-0,173	0,046*	-0,184	0,036*	0,225	0,014*
Número de comprimidos	-0,033	0,375	0,016	0,440	0,228	0,013*
Tempo de medicação	-0,120	0,122	-0,001	0,496	0,012	0,455
Gastos com medicação	-0,048	0,321	-0,272	0,004**	0,127	0,110
IMC	-0,029	0,388	0,282	0,003**	0,071	0,247

\* – p &lt; 0,05

\*\* – p &lt; 0,01

**Quadro 14** – Regressão múltipla entre internalidade e idade, apgar global, distância, número de comprimidos, tempo de medicação, gastos com medicação e IMC.

<b>Variável dependente = Internalidade</b>					
R = 0,250					
R <sup>2</sup> = 0,062					
R <sup>2</sup> Ajustado = -0,12					
Erro padrão da estimativa = 3,268					
F = 0,835					
p = 0,561					
<b>Pesos de Regressão</b>					
<b>Variáveis independentes</b>	<b>Coefficiente Beta</b>	<b>Coefficiente padronizado</b>	<b>t student</b>	<b>p</b>	
Constante	25,340		7,687	0,000	
Idade	-0,012	-0,040	-0,373	0,710	
Apgar global	-0,089	-0,089	-0,832	0,408	
Distância	-0,033	-0,204	-1,750	0,084	
Número de comprimidos	0,025	0,028	0,229	0,819	
Tempo de medicação	-0,010	-0,130	-1,177	0,242	
Gastos com medicação	0,002	0,024	0,196	0,845	
IMC	-0,062	-0,079	-0,706	0,482	
<b>Análise de variância</b>					
<b>Efeito</b>	<b>Soma Quadrados</b>	<b>GL</b>	<b>Média quadrados</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Regressão	62,383	7	8,912	0,835	0,561
Residual	939,356	88	10,675		
Total	1001,740	95			

**Quadro 15** – Regressão múltipla entre acaso e IMC e Gastos com medicação

<b>Variável dependente = Acaso</b>					
R = 0,407					
R <sup>2</sup> = 0,166					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,148					
Erro padrão da estimativa = 1,699					
F = 9,227					
p = 0,000					
<b>Pesos de Regressão</b>					
<b>Variáveis independentes</b>	<b>Coefficiente Beta</b>	<b>Coefficiente padronizado</b>	<b>t student</b>	<b>p</b>	
Constante	5,415		4,677	0,000	
IMC	0,132	0,303	3,196	0,002	
Gastos com medicação	-0,012	-0,294	-3,092	0,003	
<b>Análise de variância</b>					
<b>Efeito</b>	<b>Soma Quadrados</b>	<b>GL</b>	<b>Média quadrados</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Regressão	53,272	2	26,636	9,227	0,000
Residual	268,467	93	2,887		
Total	321,740	95			

**Quadro 16 – Regressão múltipla entre outros poderosos e número de comprimidos**

Variável dependente = Outros poderosos					
R = 0,228					
$R^2 = 0,052$					
$R^2$ Ajustado = 0,042					
Erro padrão da estimativa = 1,574					
F = 5,166					
p = 0,025					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	t student	p	
Constante	6,718		18,705	0,000	
Número de comprimidos	0,099	0,228	2,273	0,025	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	12,802	1	12,802	5,166	0,025
Residual	232,938	94	2,478		
Total	245,740	95			

**Tabela 16 – Teste de normalidade relativo ao locus de controlo**

	Kolmogorov-Smirnov	p
MAT Global	0,29	0,00

p &lt; 0,05

**Tabela 17 – Associação entre locus de controlo e adesão ao tratamento**

MAT	r	p
Internalidade	-0,059	0,283
Acaso	-0,094	0,181
Outros poderosos	-0,008	0,468

**Quadro 17 – Regressão múltipla entre MAT e locus de controlo**

Variável dependente = MAT					
R = 0,116					
$R^2 = 0,013$					
$R^2$ Ajustado = -0,019					
Erro padrão da estimativa = 3,907					
F = 0,417					
p = 0,741					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	t student	p	
Constante	36,004		8,344	0,000	
Internalidade	-0,084	-0,070	-0,620	0,537	
Acaso	-0,205	-0,098	-0,897	0,372	
Outros poderosos	-0,017	-0,007	-0,058	0,954	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	19,081	3	6,360	0,417	0,741
Residual	1404,252	92	15,264		
Total	1423,333	95			