

Sílvia Mabel Mendes Pina

Suporte Social e Adesão Terapêutica no doente com
Síndrome Coronária Aguda

Tese de Mestrado

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professor António Madureira Dias



Pensamento:

“O sucesso, tal como a felicidade, não pode ser perseguido; deve acontecer... como se fosse um, efeito secundário da dedicação pessoal de alguém a uma causa maior do que o próprio.”

Viktor Frankl

Agradecimentos:

Ao meu marido Luís Miguel, pelo carinho, paciência e amor.

Ao meu filho, Miguel, pela minha ausência, mas não do meu amor.

À minha sogra pelo incentivo.

À Patrícia e à Carla pelas dúvidas partilhadas.

Ao meu Orientador, Professor António Madureira Dias, pelo constante apoio e disponibilidade.

A todos os que, de alguma forma, tornaram esta investigação possível.

RESUMO

Enquadramento: O suporte social tem sido directamente relacionado com a diminuição da mortalidade dos doentes cardíacos ao promover e melhorar a adesão ao regime terapêutico. (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

Objectivos: Relacionar as variáveis sociodemográficas, as referentes aos serviços de saúde, as referentes à terapêutica farmacológica e os estilos de vida com a satisfação com o suporte social; relacionar suporte social e a adesão terapêutica no doente com Síndrome Coronária Aguda (SCA).

Métodos: Estudo transversal e correlacional. Amostra: 110 utentes com SCA, (68,2% masculinos e 31,8% femininos), frequentadores da consulta externa do Hospital Universitário Pêro da Covilhã, de 15 de Maio a 3 Junho de 2011. Usado o questionário, constituído por uma componente sociodemográfica e outra de saúde, uma escala de avaliação da satisfação com o suporte social (PAIS RIBEIRO, 1999) e uma medida de adesão aos tratamentos (DELGADO; LIMA, 2001).

Resultados: Os indivíduos com companheiro possuem maior satisfação com o suporte social na satisfação com os amigos ($p=0,000$), na Intimidade ($p=0,006$) e no valor global ($p=0,007$). Os estilos de vida são preditores da satisfação com os amigos ($\beta=0,200$; $p=0,033$), da família ($\beta=0,260$; $p=0,006$), da intimidade ($\beta=0,244$; $p=0,009$) e do valor global ($\beta=0,263$; $p=0,005$). A idade é preditora da satisfação com os amigos ($\beta=-2,895$; $p=0,005$). A distância do domicílio aos serviços de saúde é preditora da satisfação com a intimidade ($\beta=-0,216$; $p=0,020$) e do valor global ($\beta=-0,218$; $p=0,019$). O custo com a medicação é preditora da satisfação com as actividades sociais ($\beta=-0,218$; $p=0,022$). Apenas a satisfação com a família, apresentou uma correlação significativa com a adesão aos tratamentos ($r=0,163$; $p=0,044$)

Conclusão: A família e os recursos comunitários devem ser encarados como parceiros na equipa de saúde, razão pela qual devem ser aliados no processo de educação terapêutica imprescindível para o tratamento das doenças crónicas

Palavras-chave: Suporte Social, Adesão Terapêutica e Síndrome Coronária Aguda.

ABSTRACT

Framework: Social support has been directly related to the decrease in mortality of heart patients by promoting and improving adherence to therapy. (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

Aims: Relate the sociodemographic variables, those relating to health services, those relating to drug therapy and lifestyle, with the satisfaction with social support; relate social support and therapeutic adherence in patients with acute coronary syndrome (ACS).

Methods: Cross-sectional and correlational study. Sample: 110 users with ACS (68.2% male and 31.8% female), patrons of the Pêro da Covilhã University Hospital outpatient center, from 15th May to 3rd June 2011. A questionnaire consisting of a sociodemographic part as well as a health part was used, along with a scale to assess satisfaction with social support (PAIS RIBEIRO, 1999) and a measure of adherence to treatment (DELGADO, LIMA, 2001).

Results: Individuals with partners show greater satisfaction with social support on what concerns satisfaction with friends ($p = 0.000$), intimacy ($p = 0.006$) and overall value ($p = 0.007$). Lifestyles are predictors of satisfaction with friends ($\beta = 0.200$, $p = 0.033$), family ($\beta = 0.260$, $p = 0.006$), intimacy ($\beta = 0.244$, $p = 0.009$) and overall value ($\beta = 0.263$, $p = 0.005$). Age is a predictor of satisfaction with friends ($\beta = -2.895$, $p = 0.005$). Distance from home to health care centers is a predictor of satisfaction with intimacy ($\beta = -0.216$, $p = 0.020$) and overall value ($\beta = -0.218$, $p = 0.019$). Cost of medication is a predictor of satisfaction with social activities ($\beta = -0.218$, $p = 0.022$). Only satisfaction with family showed a significant correlation with treatment adherence ($r = 0.163$, $p = 0.044$).

Conclusion: Family and community resources should be viewed as partners in the health care team. They should be allies in the therapeutic education process that is essential to the treatment of chronic diseases.

Key-words: Social Support, Therapeutic Adherence and Acute Coronary Syndrome

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE TABELAS	
ÍNDICE DE QUADROS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
1- INTRODUÇÃO	23
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
2- ADESÃO TERAPÊUTICA	29
2.1- DETERMINANTES DA ADESÃO TERAPÊUTICA	30
2.2- AVALIAÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA.....	32
3- SUPORTE SOCIAL	35
3.1- AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL.....	37
3.2- SUPORTE SOCIAL E ADESÃO TERAPÊUTICA NO DOENTE COM SCA..	39
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	
4- METODOLOGIA	47
4.1- CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	47
4.2 -TIPO DE INVESTIGAÇÃO	49
4.3- PARTICIPANTE	51
4.3.1- Caracterização Sociodemográfica	51
4.4- INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	53
4.5- PROCEDIMENTOS.....	54
4.6- PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	54
5- RESULTADOS	57
5.1- ANÁLISE DESCRITIVA.....	57

5.1.1- Caracterização da Satisfação com o Suporte Social	57
5.1.2- Caracterização dos Estilos de Vida.....	58
5.1.3- Caracterização relacionada com os Serviços de Saúde.....	59
5.1.4- Caracterização Clínica.....	61
5.1.5- Caracterização relacionada com a Terapêutica Farmacológica....	62
5.2- ANÁLISE INFERENCIAL.....	64
6- DISCUSSÃO	75
6.1- DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	75
6.2- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	76
7- CONCLUSÃO.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
APÊNDICES.....	101
APÊNDICE 1- Quadro 1: caracterização sociodemográfica.....	103
APÊNDICE 2- Instrumento de recolha de dados	107
APÊNDICE 3- Operacionalização das variáveis referentes à componente sociodemográfica	115
APÊNDICE 4- Operacionalização das variáveis referentes aos estilos de vida	121
APÊNDICE 5- Operacionalização das variáveis referentes à componente serviços de saúde	129
APÊNDICE 6- Operacionalização das variáveis referentes à componente clínica	135
APÊNDICE 7- Operacionalização das variáveis referentes à componente terapêutica farmacológica	141
APÊNDICE 8- Consentimento informado dos participantes	145
APÊNDICE 9- Quadros e tabelas da análise descritiva	149
APÊNDICE 10- Tabelas e quadros da análise inferencial.....	159
ANEXOS	171
ANEXO 1- Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)	173
ANEXO 2- Medida de adesão aos tratamentos (MAT).....	179
ANEXO 3- Pedido de autorização da recolha de dados no CHCB, EPE.....	185

ANEXO 4- Pedido de autorização da utilização da ESSS e da MAT 191

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Índice de ingestão de bebidas alcoólicas	124
Tabela 2 – Índice de consumo de tabaco.....	125
Tabela 3 – Índice de exercício físico	126
Tabela 4 – Número de refeições diárias.....	126
Tabela 5 – Frequência consumo de alimentos.....	127
Tabela 6 – Classificação do IMC	139
Tabela 7 – Caracterização da satisfação com o suporte social.....	156
Tabela 8 – Estilos de vida.....	156
Tabela 9 – IMC	157
Tabela 10 – Número de comprimidos/dia.....	157
Tabela 11- Medida de adesão aos tratamentos	157
Tabela 12 – Teste da normalidade relativo à SSS e à MAT	161
Tabela 13 – Correlação de Pearson entre a SA e as variáveis independentes	161
Tabela 14 – Correlação de Pearson entre a IN e as variáveis independentes	162
Tabela 15 – Correlação de Pearson entre a SF e as variáveis independentes	162
Tabela 16 – Correlação de Pearson entre as AS e as variáveis independentes	163
Tabela 17 – Correlação de Pearson entre o valor global da SSS e as variáveis independentes	163
Tabela 18 – Associação entre o sexo e a SSS	164
Tabela 19 – Associação entre o estatuto marital e a SSS.....	164
Tabela 20 – Associação entre as habilitações literárias e a SSS	165
Tabela 21 - Teste Tukey: associação entre as habilitações literárias e a SSS.....	165
Tabela 22 – Associação entre a situação laboral e a SSS	165

Tabela 23 – Correlação de Pearson entre a SSS e a adesão terapêutica..... 165

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica	105
Quadro 2 – Estilos de vida	128
Quadro 3 – Caracterização dos estilos de vida	151
Quadro 4 – Classificação dos estilos de vida	152
Quadro 5 – Caracterização relacionada com os serviços de saúde	153
Quadro 6 – Caracterização clínica	154
Quadro 7 – Caracterização relacionada com a terapêutica farmacológica.....	155
Quadro 8 – Classificação da medida de adesão aos tratamentos.....	156
Quadro 9 – Regressão múltipla entre a SA e as variáveis independentes	166
Quadro 10 – Regressão múltipla entre a IN e as variáveis independentes	167
Quadro 11 – Regressão múltipla entre a SF e as variáveis independentes	167
Quadro 12 – Regressão múltipla entre as AS e as variáveis independentes	168
Quadro 13 – Regressão múltipla entre o valor global da SSS e as variáveis independentes	168
Quadro 14 – Análise de regressão múltipla entre a SSS e a adesão terapêutica.....	169
Quadro 15 – Classes da adesão terapêutica	181

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho da investigação.....	50
Figura 2 – Síntese das relações entre a SA e as variáveis independentes	67
Figura 3 – Síntese das relações entre a IN e as variáveis independentes	68
Figura 4 – Síntese das relações entre a SF e as variáveis independentes	69
Figura 5 – Síntese das relações entre as AS e as variáveis independentes	69
Figura 6 – Síntese das relações entre o valor global da SSS e as variáveis independentes	71
Figura 7 – Total dos estilos de vida.....	128

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AS – Actividades Sociais

CV – Coeficiente de Variação

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

dp – desvio padrão

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EP – Erro Padrão

et al – E outros

HUPC – Hospital Universitário Pêro da Covilhã

IMC – Índice de massa corporal

IN - Intimidade

INE – Instituto Nacional de Estatística

K – Courtose

K-S – Kolmogorov-Smirnov

MAT – Medida de Adesão aos Tratamentos

OE – Ordem dos Enfermeiros

p – Probabilidade de erro

p. - Página

r – Correlação de Pearson

SCA – Síndrome Coronária Aguda

S/K – Simetria

SA – Satisfação com os Amigos

SF – Satisfação com a Família

SSS – Satisfação com o Suporte Social

t – *t* de student

UMW - U-Mann-Whitney

\bar{X} – média

X^2 - Chi-Square

1- INTRODUÇÃO

Em Portugal, as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 40% dos óbitos e são também uma importante causa de incapacidade. As suas consequências mais importantes (enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e morte) são frequentemente súbitas e inesperadas e, a sua maioria, resulta de estilos de vida inapropriados e factores de risco modificáveis (PORTUGAL, 2009).

De entre as mortes cardiovasculares, 23% devem-se a doença cardíaca isquémica, com destaque evidente para as Síndromes Coronárias Agudas, estas incluem o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) com e sem supra-desnivelamento do segmento ST e a angina instável (SANTOS et al., 2009).

Pelo seu carácter crónico e progressivo a doença coronária exige a adopção, pelo doente, de comportamentos e regimes terapêuticos que visem o controlo da sintomatologia e a interrupção progressiva da doença. Os regimes terapêuticos adoptados englobam medidas farmacológicas e não farmacológicas que variam em função da severidade da doença, podendo incluir a utilização isolada ou em simultâneo das diferentes estratégias.

Um dos principais problemas do sistema de saúde é o abandono ou o incorrecto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, cujas consequências se reflectem, tanto na morbilidade como na mortalidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE), 2009). Para os enfermeiros, a adesão ao regime terapêutico é um foco de atenção e uma necessidade em cuidados de enfermagem, com particular relevância no âmbito da gestão das doenças crónicas (MACHADO, 2009). Tem benefícios económicos para o sistema de saúde e para o doente, melhora a qualidade e a esperança de vida. (OE, 2009).

Calcula-se que o nível de adesão nos países desenvolvidos não ultrapasse os 50% e nos países subdesenvolvidos seja ainda menor (MAIA, 2008). É definida como o envolvimento activo e deliberado do doente, relativamente a procedimentos que originam resultados terapêuticos. O seu abandono é altamente prevalente e comum em doentes com patologia cardíaca e está associado a desfechos clínicos adversos (HO; BRYSON; RUMSFELD, 2009).

O controlo e aumento da adesão terapêutica são benéficos para o sistema de saúde, pelo que as acções dirigidas a melhorar a adesão, constituem uma importante contribuição para a melhoria da saúde da população (BUGALHO; CARNEIRO, 2004).

Na reabilitação dos doentes crónicos, os factores sociais e emocionais, têm um papel determinante e dentre estes, o suporte social, quando estável, activo e confiável protege o indivíduo, actuando como um agente gerador de saúde. (MENDOZA; FARO, 2009).

O apoio social tem sido directamente relacionado com a diminuição da mortalidade dos doentes cardíacos ao promover e melhorar a adesão ao regime terapêutico dos mesmos. Os relacionamentos sociais exercem um papel fundamental na vida das pessoas, quer ao nível da dimensão social, psicológica e comportamental (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

A satisfação com o suporte social do doente crónico é essencial para a sua adesão ao tratamento medicamentoso e para a adopção de comportamentos de saúde, na medida em que, o apoio de familiares e amigos é essencial no desenrolar de um processo que se estende ao longo de toda a vida. A partir dos bons relacionamentos e dos ajustes positivos da saúde, reduz-se a angústia existente nos doentes crónicos e ao mesmo tempo promove-se a adesão aos tratamentos e a hábitos de saúde.

Compreender os factores que influenciam o suporte social e a adesão terapêutica pode ser determinante para a minimização desta problemática e motivou-nos à colocação da seguinte questão de investigação: ***Em que medida o suporte social influencia a adesão terapêutica do doente com Síndrome Coronária Aguda (SCA)?***

Para que este conhecimento se torne fundamentado, foi essencial utilizar metodologia científica, de forma a tornar a nossa pesquisa credível e coesa. Foi realizado um estudo do tipo quantitativo, transversal e analítico correlacional, que foi de encontro aos seguintes objectivos:

- Descrever o perfil, sociodemográfico e de saúde do doente com SCA;
- Determinar a prevalência da adesão terapêutica no doente com SCA;
- Relacionar as variáveis sociodemográficas, as referentes aos estilos de vida, as referentes aos serviços de saúde e as referentes à terapêutica farmacológica com a Satisfação com o Suporte Social (SSS)
- Relacionar a SSS e a adesão terapêutica no doente com SCA;

O corpo do trabalho é constituído por duas partes, o Enquadramento Teórico e o Estudo Empírico. A primeira parte está estruturada em dois capítulos, onde são definidos os

conceitos que integram a nossa problemática, adesão terapêutica e suporte social, bem como a revisão da literatura acerca do tema. A segunda parte engloba todos os conteúdos inerentes ao estudo empírico e está dividida em quatro capítulos. A Metodologia onde apresentamos e descrevemos a investigação que iremos desenvolver, nomeadamente, o desenho da investigação, a população e a amostra, os procedimentos e instrumentos de recolha de dados. Seguidamente apresentamos os resultados, onde é feita a sua análise e interpretação. A discussão, dos resultados e a metodológica e por fim expomos as conclusões.

Esperamos que este estudo contribua, de forma efectiva, para o conhecimento do fenómeno da adesão terapêutica e do suporte social na população estudada e para o desenvolvimento de linhas orientadoras da intervenção dos enfermeiros, de forma a promoverem a adopção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico, no doente com SCA, bem como subsidiar a actuação dos mesmos na promoção da educação para a saúde dos indivíduos portadores de doença crónica.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- Adesão Terapêutica
- Suporte Social

2- ADESÃO TERAPÊUTICA

“Podemos escolher o que semear, mas somos obrigados a colher aquilo que plantamos”.

Pela sua importância na saúde do indivíduo e conseqüentemente na sociedade, a adesão ao regime terapêutico tem merecido uma grande atenção pelos profissionais de saúde. Este tema reveste-se de uma enorme complexidade, não apenas pelas variações na saúde, que daí advêm como também nas implicações económicas e sociais (CAMARNEIRO, 2002); (LEITE; VASCONCELLOS, 2003); (SOUSA, 2003); (OMS, 2004).

A adesão terapêutica pode ser percebida como a extensão na qual o comportamento do indivíduo coincide com aquilo que o profissional de saúde lhe propôs para o tratamento da sua doença (CAMARNEIRO, 2002); (SOUSA, 2003). Traduz-se pela utilização dos medicamentos prescritos ou de outros procedimentos, em que pelo menos 80% da sua totalidade, incluindo o cumprimento do horário, dose e tempo de tratamento estabelecido é cumprido (LEITE; VASCONCELLOS, 2003); (PAPROCKI, 2009). Porém, quando falamos em adesão terapêutica referimo-nos a uma condição que pode variar entre os 0 e os 100%. Considerando o binómio adesão (100%) e não adesão (qualquer valor entre 0 e 99%), qual será o nível de adesão adequado e será que se um doente cumprir 75% do tratamento, consideramos que existe adesão terapêutica? (MAIA, 2008).

Porém são vários os autores, que referem a necessidade de efectuar a distinção entre dois termos distintos para a adesão terapêutica, *compliance* e *adherence*. O termo *compliance* denota uma relação de obediência do doente, relativamente ao médico, sugerindo passividade e submissão da pessoa ao prescriptor. O conceito de *adherence* implica uma atitude mais activa da pessoa no processo de tomada de decisão. A adesão surge como uma alternativa, em que o indivíduo tem liberdade de escolha e assume a responsabilidade sobre o seu tratamento. Neste processo de tomada de decisão são incorporados os conceitos de concordância, cooperação e parceria entre o utente e o prestador de cuidados de saúde. (LEITE; VASCONCELLOS, 2003); (SOUSA, 2003); (MACHADO, 2009).

A não adesão terapêutica pode ser um processo activo, intencional, em que o utente faz a escolha de não cumprir o regime terapêutico, ou não intencional, em que o utente é

descuidado, negligente e não cumpre o tratamento, omitindo doses e horários (HO; BRYSON; RUMSFELD, 2009). Partindo do fundamento que cada prescrição elaborada, representa a melhor intervenção para o problema do indivíduo, a não adesão, reflecte-se numa perda de oportunidade de saúde, assim como num desperdício de recursos do sistema de saúde (HORNE, 2006); (SOUSA, 2003).

Após um evento cardíaco, a terapêutica instituída envolve medidas farmacológicas e modificação dos estilos de vida, com o objectivo de reduzir o aparecimento de recidivas (LUNELLI et al, 2009)

2.1- DETERMINANTES DA ADESÃO TERAPÊUTICA

Identificar os factores que influenciam o fenómeno da adesão ao regime terapêutico, contribui para compreendermos de forma mais integrada, as razões que levam o ser humano a aderir ou não a determinado regime terapêutico.

A adesão terapêutica é colocada, nos dias de hoje, na interface entre o utente, a família e os profissionais de saúde (CAMARNEIRO, 2002). Trata-se de um processo de longa duração, dinâmico e multidimensional, originado por cinco grupos de factores com influência variável e que interagem entre si, nomeadamente, factores sociais, económicos e culturais; factores relacionados com os serviços de saúde e os profissionais de saúde; factores relacionados com a doença; factores relacionados com o tratamento e factores relacionados com a pessoa doente (SOUSA, 2003).

Relativamente aos factores sociais, económicos e culturais e de acordo com a pesquisa efectuada, a adesão terapêutica é influenciada pelo meio social e cultural onde ocorre. O analfabetismo, o desemprego e todas as condições socioeconómicas em que o indivíduo se situa, nomeadamente, as condições habitacionais, o preço dos transportes e dos medicamentos, condicionam o seu nível de adesão aos tratamentos. As acessibilidades aos centros de tratamento influem negativamente no comportamento de adesão (LEITE; VASCONCELLOS, 2003); (SOUSA, 2003). Assim como as crenças culturais sobre o uso dos medicamentos, resultado da dinâmica de aprendizagem social e do entendimento da doença, também têm um papel negativo na adesão às terapêuticas instituídas. A falta de acesso aos medicamentos, nomeadamente nos países economicamente mais pobres, o alto custo dos medicamentos são também apontados como determinantes da não adesão (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Quanto aos factores relacionados com os serviços de saúde e os profissionais de saúde, alguns autores enumeram como factor decisivo para a adesão terapêutica a confiança que o

utente deposita na prescrição e na equipa de saúde. (TEIXEIRA et al., 2000 cit por LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Bem como, nalgumas atitudes dos profissionais, nomeadamente, a linguagem, o tempo dispensado para a consulta e a motivação inculcida para o cumprimento do regime terapêutico (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Para além destes factores, são também aqui aglomerados, a pouca participação e os fracos sistemas de distribuição dos medicamentos, os horários desadequados dos serviços de saúde, a fraca capacidade de alguns profissionais de saúde de educar os doentes e sua família e também de assegurar o follow-up.

A evidência existente define que a adesão terapêutica depende da comunicação profissional de saúde/utente. Os profissionais de saúde tendem a culpabilizar os utentes da sua fraca adesão aos tratamentos, baseados na personalidade pouco colaborante de uns e na incapacidade de entendimento de outros. Contudo, o tipo de comportamentos e atitudes que alguns profissionais apresentam podem influir na fraca adesão ao tratamento (MACHADO, 2009). Muitos utentes deixam os serviços de saúde sem assimilarem os tratamentos que lhes são propostos ou esquecem-nos rapidamente (BENNETT, 2002). De um modo geral, os utentes mais satisfeitos com os cuidados prestados são mais passíveis de seguir os tratamentos (FITZPATRICK, 1997 cit por PEREIRA; ARAÚJO-SOARES; MCINTYRE, 2001).

Os factores relacionados com a doença dizem respeito à gravidade dos sintomas e à incapacidade que provocam aos vários níveis, físico, psicológico, social e profissional. Quando os sintomas são óbvios os utentes têm tendência a aderir mais facilmente aos tratamentos que os eliminam (SOUSA, 2003). A ausência de sintomas pode conduzir, também à interrupção do tratamento (MACHADO, 2009). A gravidade da doença e o custo/benefício do tratamento são dois factores a ter em conta na adesão terapêutica. Os doentes que se sentem ameaçados pelo decurso da sua doença aderem mais eficazmente ao tratamento (SOUSA, 2003).

No que respeita aos factores relacionados com o tratamento, a complexidade, a duração e a realização de alterações frequentes no tratamento podem repercutir-se na fraca adesão terapêutica, assim como a polimedicação, a percepção dos efeitos secundários e a fraca melhoria da sintomatologia, (LEITE; VASCONCELLOS, 2003) e (MACHADO, 2009).

Os factores relacionados com a pessoa doente, integram os conhecimentos, os recursos, a atitude perante o problema de saúde, as crenças em saúde, as percepções e expectativas, a motivação e a força de vontade, auto eficácia, a idade, o género, o suporte social e familiar e os aspectos emocionais (OMS, 2004).

A adesão ao regime terapêutico resulta, assim, da interacção entre o indivíduo e as exigências do comportamento esperado. (BENNETT, 2002); (SOUSA, 2003). Porém não podemos esquecer que o tratamento instituído não é um evento único e pode estender-se por um determinado período ou, no caso das doenças crónicas pode durar toda a vida (SOUSA, 2003).

Para que uma pessoa adira a um determinado regime terapêutico é necessário que compreenda, recorde e tenha condições para o levar por diante, daí que a adesão é, também influenciada por factores cognitivos e emocionais (SOUSA, 2003). Outros factores a ter em consideração são os sócio-demográficos como a idade, sexo, estado civil e classe social. (SOUSA, 2003); (MACHADO, 2009). Sendo um facto que, para além da adesão ao regime terapêutico variar de pessoa para pessoa, variam no mesmo indivíduo ao longo do tempo e de acordo com os diferentes tratamentos (HORNE, 2006).

Torna-se, também, igualmente importante indagar até que ponto o regime terapêutico proposto interfere com o dia-a-dia do utente e família. Se esta intromissão for significativa é de esperar que o indivíduo tenha tendência de a controlar, reduzindo a adesão ao tratamento (SOUSA, 2003).

Daí que, não existe uma forma única de promover a adesão aos tratamentos. É imprescindível educar os doentes acerca das suas patologias crónicas, dos benefícios dos tratamentos e das complicações que podem surgir se eventualmente não cumprirem o regime terapêutico. São os enfermeiros que, particularmente, desenvolvem junto dos utentes os planos de gestão do tratamento e que envolvem orientações de outros profissionais de saúde, nomeadamente, terapêutica medicamentosa e alterações dos hábitos de vida. Cabe também, ao enfermeiro, planear com a família ou pessoa significativa do utente, o integrar dos diferentes aspectos do regime terapêutico, constituindo-os como parceiros alternativos. Estes necessitam de ser envolvidos de forma activa no tratamento e nos resultados esperados (OE, 2009). “A melhoria da adesão irá exigir a cooperação contínua entre os profissionais de saúde, investigadores, responsáveis pelas políticas, famílias e, mais importante que tudo, o doente” (OE, 2009, p. 35).

2.2- AVALIAÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA

A monitorização do nível de adesão ao tratamento é fundamental para a avaliação da eficácia dos tratamentos farmacológicos e também dos sistemas de saúde, uma vez que as intervenções ligadas à saúde não podem ser adequadamente planeadas e executadas se,

posteriormente, não forem alvo de apreciação por indicadores que meçam a eficiência dessas mesmas intervenções. Sem dados concretos acerca da adesão terapêutica, os profissionais de saúde, não podem indagar se a terapêutica instituída, bem como a sua dose são as mais adequadas. (PAPROCKI, 2009).

A adesão de um indivíduo à terapêutica pode ser avaliada por diversos métodos. Podem ser utilizadas medidas directas, como a observação directa e o doseamento de químicos nos fluidos corporais. Contudo, este método, apenas pode ser utilizado em tratamentos de toma única, na administração intermitente de fármacos ou se a pessoa estiver internada. Estas medidas objectivas são dispendiosas, exigindo a colheita de sangue ou urina e só podem ser utilizadas quando existem marcadores específicos (MACHADO, 2009); (PAPROCKI, 2009).

As medidas indirectas incluem entre outras, entrevistas, questionários, requerendo a colaboração dos intervenientes e os resultados terapêuticos. Estes resultados, sendo objectivos, apresentam limitações, uma vez que, o controlo da doença não depende apenas da adesão, mas também do ajustamento da prescrição e dos processos fisiopatológicos, que não é possível controlar (MACHADO, 2009).

Vermeire et al (2001) cit por Machado (2009) advogam, que, embora exista uma variedade de métodos para medir a adesão terapêutica, todos eles apresentam limitações para gerar dados válidos e replicáveis. Nesta perspectiva, as diferentes formas de medir a adesão terapêutica tendem a sobrestimar a adesão terapêutica e a menosprezar a não adesão. A ocorrência deste erro poderá relacionar-se com o período avaliado, que frequentemente, não é representativo do comportamento habitual da pessoa (MACHADO, 2009).

A monitorização da adesão é extremamente importante, no entanto, não existe nenhum “padrão de ouro” para avaliar a dimensão do problema. As medidas descritas na literatura tendem a substituir o comportamento real do doente. Algumas estratégias passam por efectuar questionários padronizados aos doentes, pela contagem das doses restantes, pela utilização de dispositivos electrónicos que registam a hora e a data a que os recipientes foram abertos e pela verificação das prescrições aviadas. Cada um destes processos tem os seus inconvenientes e devem ser usados com precaução. (OE, 2009).

3- SUPORTE SOCIAL

“Dê um peixe a um homem faminto e o alimentará por um dia. Ensine-o a pescar, e o estará a alimentar pelo resto da vida”.

O suporte social é apontado por diversos autores como um factor capaz e proteger e promover a saúde, (SIQUEIRA, 2008), melhora a qualidade de vida e aumenta a longevidade, na medida em que, proporciona atitudes positivas e motivação para superar as dificuldades. Reduz os comportamentos de risco e reforça os comportamentos protectores de saúde, desenvolve a auto-confiança e reforça a afectividade (TEIXEIRA; CORREIA, 2002). É definido como conforto, assistência e informação, que o indivíduo recebe através de relações formais e informais, individuais e colectivas (REZENDE; MENDES; SANTOS, 2007).

Trata-se de um conceito multidimensional, reportando-se aos recursos materiais e psicológicos que a pessoa tem acesso através das suas redes sociais (SIQUEIRA, 2008). Entende-se por rede social como tudo o que faz parte da pessoa, isto é, o seu contexto histórico, político, religioso, económico e também, pela soma de todas as relações que a pessoa percebe como significativas. (MENDOZA; FARO, 2009). Pelo que, os elementos da família, vizinhos, amigos e da própria comunidade ao se associarem propiciam ao indivíduo apoio social e ajuda efectiva (RAMOS, 2004).

O estabelecimento de relações de apoio mútuo entre membros do mesmo grupo afecta positivamente a saúde da pessoa, na medida em que, perante um fenómeno desconhecido e arriscado, a possível reacção de alarme atenua-se com a presença de figuras familiares. Do mesmo modo, a rede social favorece as actividades que se associam com a sobrevivência, como a alimentação saudável, a pratica de exercício físico, a adesão ao regime terapêutico e aos cuidados de saúde. (MENDOZA; FARO, 2009).

O suporte social ajuda a pessoa a enfrentar os desafios, aumentando a auto-estima e a auto-eficácia, diminui o impacto da doença, na medida em que, aumenta o sentimento de domínio do sujeito sobre o seu próprio ambiente (RODRIGUES, 2008). É um processo recíproco, na medida em que gere efeitos positivos tanto no sujeito que o recebe como para quem oferece esse apoio. (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008). Reafirma a confiança e a fusão entre as pessoas. Ajuda a diminuir o distress e favorece os mecanismos para suportar a

doença crónica, nomeadamente a doença coronária (SILVÉRIO; DANTAS; CARVALHO, 2009).

Para os mesmos autores, o suporte social, engloba diferentes componentes, o estrutural e o funcional. O componente estrutural analisa o nível de integração versus o do isolamento da pessoa na rede social, enquanto que, o componente funcional reporta-se à amplitude das funções das redes sociais. (SILVÉRIO; DANTAS; CARVALHO, 2009). Este aspecto diz respeito à disponibilidade e à modalidade de apoio recebido, assim como ao nível de satisfação, em relação ao apoio percebido (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

O suporte social funcional, na área da saúde, tem sido subdividido em duas categorias: instrumental ou material e emocional (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

O primeiro refere-se à percepção e satisfação do indivíduo quanto à disponibilidade de apoio recebido para as situações relacionadas com o tratamento, actividades de vida diárias, resolução de situações práticas, ajuda material e financeira. Está relacionado com o bem-estar, na medida, em que, reduz a quantidade de tarefas a executar e aumenta o tempo livre para actividades lúdicas e de lazer. Contudo, este apoio só é efectivo, quando o receptor percebe esta ajuda como apropriada, se isto não acontece, a ajuda é avaliada como inadequada (sempre que o sujeito se sentir ameaçado na sua liberdade ou se sentir em dívida) (ORNELAS, 2008).

O suporte social emocional consiste em comportamentos que contribuem para que a pessoa se sinta cuidada, como escutar, ter atenção, informação, companhia e apoio psicológico em relação à doença e ao seu tratamento (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008) e (SILVÉRIO; DANTAS; CARVALHO, 2009). Esta função emocional refere que, a partilha de problemas pessoais importantes, como a revelação de aspectos negativos do indivíduo, tende a ser feita a pessoas particularmente próximas, como o cônjuge, familiares, amigos, com quem se tenha desenvolvido uma relação estável e de respeito mútuo (ORNELAS, 2008). Diz respeito à disponibilidade de alguém com quem se pode falar, e inclui as condutas que fomentam sentimentos de bem-estar afectivo (MARTINS, s/d).

Outra função do suporte social, diz respeito ao processo através do qual se pode proporcionar informação, aconselhamento ou orientação. Este suporte pode operar como amortecedor do stress, na medida em que, as informações ou orientações relevantes ajudam a compreender o mundo e as suas situações complexas e/ou ajustar-se às alterações que existem nele, facilitando a tomada de decisão (ORNELAS, 2008).

Porém, as redes de suporte social, podem, ao contrário do que se possa esperar, significar risco. É o caso do apoio dado, de forma permanente e unilateral, promovendo a dependência dos indivíduos (RODRIGUES, 2008).

Nos indivíduos portadores de doença crónica, a qualidade da sua interacção social pode ser deteriorada pela diminuição da mobilidade, reduzindo as oportunidades de contactos sociais e promovendo o isolamento. Do mesmo modo, a presença de doença reduz a possibilidade de criação de comportamentos de reciprocidade e os cuidados a ter com a pessoa doente tendem a esgotar os membros sociais (MENDOZA; FARO, 2009).

Quando as pessoas adoecem, o apoio dos familiares e amigos é muito importante durante o período de hospitalização. Contudo, este apoio, torna-se essencial após a alta. No caso das doenças cardíacas, o apoio dado durante a reabilitação tem sido de extrema importância. O apoio recebido pelo doente, sobretudo quando proveniente do cônjuge tem sido relacionado com o favorecimento da sua reabilitação, facilitando o retorno às actividades quotidianas e diminuindo a depressão (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008). Os laços sociais, têm assim, influencia na manutenção da saúde favorecendo condutas adaptativas a situações adversas.

3.1- AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL

O suporte social é uma variável relevante para a saúde, contudo, não existe uniformidade na forma de avaliar. A relação existente entre as diversas técnicas e estratégias para a sua avaliação, reflectem a complexidade da concepção do suporte social. (RIBEIRO, 1999).

Esta multidimensionalidade do constructo, assume a distinção entre os aspectos tangíveis, nomeadamente, as características da rede social de apoio e a dimensão subjectiva que corresponde à percepção do suporte disponível, em caso de necessidade, o que equivale ao grau de satisfação dos indivíduos quanto à sua vida social. A investigação demonstra que esta variável é a que melhor explica os resultados em saúde, na medida em que tem implicações directas nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida (COELHO; RIBEIRO, 2000).

Outros estudos referem a avaliação do suporte social segundo categorias construídas a partir dos membros integrantes da rede social, tais como, na avaliação do número de amigos, na quantidade de suporte proporcionada em situações problema, na qualidade das orientações fornecidas ou na assistência material conseguida (ORNELAS, 2008).

Os primeiros instrumentos de medida dos vínculos sociais eram constituídos por indicadores simples, abrangendo a presença ou ausência do cônjuge, a disponibilidade de

um confidente durante situações de crise, a composição da família e/ou a participação em actividades sociais. (GRIEP et al., 2005).

Com referimos, as percepções individuais relativas às incapacidades de ultrapassar dificuldades perante os desafios, determinam que as redes sociais possam desempenhar um papel relevante, aumentando a satisfação dos indivíduos. As redes sociais asseguram que os esforços individuais terão resultados positivos, proporcionando apoio nos momentos certos e evitando quebras que podem levar a estados depressivos. Porém não é a densidade da rede social que conduz ao suporte, mas o tipo de ligação entre os seus membros. Pressupõe-se que estamos perante uma relação íntima e especial, onde se verifica um investimento voluntário na conexão e se confere importância à companhia dos outros elementos da relação. A intensidade de uma ligação pressupõe a existência de um sentimento de reciprocidade, de conhecimento exacto das necessidades do outro e de apoio sempre que necessário (ORNELAS, 2008)

A *Intimidade*, percebida como proximidade social, é uma dimensão do suporte social. Grande parte dos estudos, nesta área, tem focalizado a atenção num conjunto de laços, nomeadamente, sobre a atracção pessoal existente entre os indivíduos que vivem maritalmente, contudo esta dimensão é mais que isso, reportando-se, também, à intimidade existente entre amigos, familiares ou membros da mesma comunidade (RIBEIRO, 1999).

A *Satisfação com a Família*, faz também parte do suporte social (RIBEIRO, 1999). Por norma, existe uma maior percentagem de familiares disponíveis e activamente envolvidos nas redes familiares do que pessoas não familiares. Sendo que, fazem parte da rede activa apenas os familiares com índice de proximidade e intimidade mais elevados, nomeadamente, pais, irmãos e filhos. Por outro lado, os familiares afastados como primos, tios revelam um nível inferior de laços e relações de suporte, transformado este grupo de familiares numa fonte pouco segura de apoio em situações de rotina, situações crónicas ou agudas (ORNELAS, 2008).

A maior parte dos membros activos e íntimos com quem as pessoas socializam são amigos, vizinho e não familiares (HAYS, 1988 cit por ORNELAS, 2008). Estes constituem cerca de metade das redes activas íntimas e são, também, responsáveis pelos diferentes tipos de suporte recebido. O grupo de amigos funciona como uma fonte de companhia e de ajuda emocional e material (ORNELAS, 2008). A rede de amizades pode ser mais problemática que a familiar, na medida em que, ao ser voluntária, tem que ser permanentemente mantida e o suporte deve ser realizado reciprocamente. Por tudo isto a *Satisfação com os Amigos* é também uma dimensão do Suporte social.

As *Actividades Sociais*, fornecem apoio através do convívio social. O convívio com outras pessoas em actividades de lazer ou culturais, ajuda a aliviar as tensões e fazer com que a pessoa não se sinta isolada, mas integrada em determinada rede social (MARTINS, s/d).

Para além destas dimensões não podemos esquecer o contexto socioeconómico em que o indivíduo está inserido, uma vez que, também este tem implicações na qualidade das relações e no seu impacto nos processos de adaptação dos indivíduos ao seu meio social.

O género é uma dimensão fundamental do estatuto social, na medida em que, o sistema social determina o que é esperado, permitido e valorizado nos homens e nas mulheres. O sistema género é institucionalizado através dos sistemas educativo, político e económico, da legislação, da cultura e das tradições. Para Vaux (1988) cit por Ornelas (2008), a relação entre o género e o suporte social não é linear e clara, sugerindo que, em muitas investigações que esta relação é irrelevante, tanto ao nível do suporte como ao nível do bem-estar (ORNELAS, 2008).

Quanto ao estado civil e, nomeadamente, os papéis maritais, parecem estar directamente relacionados com a provisão de estima, compreensão, sociabilidade, bens, serviços práticos e orientação (COELHO; RIBEIRO, 2000). O suporte social representa em grande medida o que envolve o papel conjugal, tendo sido utilizado como instrumento de avaliação. Contudo e na perspectiva de que o casamento pode ter diferentes funções para homens e mulheres, segundo alguns autores, as mulheres são a única fonte de suporte emocional para o homens (ORNELAS, 2008).

O nível socioeconómico elevado encontra-se associado a um apoio social mais prático e efectivo, na medida, em que, o desempenho de uma actividade profissional, põe o indivíduo em contacto com outros que vivem na mesma comunidade, partilhando interesses, valores, estilos de vida e proporciona acesso a diversos recursos e informação. Por outro lado os indivíduos com um nível educacional mais elevado, tendem a ter maiores redes de apoio fora de casa. (ORNELAS, 2008).

3.2- SUPORTE SOCIAL E ADESÃO TERAPÊUTICA NO DOENTE COM SCA

A SCA é caracterizada por um desequilíbrio entre a oferta e a procura de oxigénio pelo miocárdio e compreende um grupo de condições clínicas que resultam da doença aterotrombótica coronária em fase instável (MACEDO; ROSA, 2010) e (SANTOS et al,

2009). O seu conceito foi desenvolvido para incluir duas formas de apresentação da lesão isquémica do miocárdio. A primeira diz respeito às síndromes sem elevação do segmento ST e inclui a angina instável e o EAM sem elevação do segmento ST (estas patologias diferem, essencialmente, na gravidade da isquémia e na capacidade de provocar lesão). A segunda refere-se ao EAM com elevação do segmento ST, pela manifestação electrocardiográfica da oclusão da artéria coronária. (MACEDO; ROSA, 2010).

A angina instável é provocada por um estreitamento das artérias coronárias que torna a corrente sanguínea insuficiente para o abastecimento do miocárdio. É um tipo de isquémia reversível, sem evidência clínica de necrose miocárdica. A sua origem está normalmente associada a duas anomalias: os espasmos coronários e as estenoses coronárias. Esta manifestação é a isquémia do miocárdio mais comum, aumentando a vulnerabilidade quanto ao risco de desenvolver enfarte do miocárdio. Pode ser desencadeada pelo exercício, stress ou exposição ao frio e também pode ser precipitada por refeições exageradas. (PIRES, 2009).

O EAM ocorre quando uma das artérias coronárias que abastece o miocárdio é totalmente bloqueada com placas ateroscleróticas, havendo necrose e morte de uma área de tecido cardíaco. Uma isquémia prolongada que dure mais de 35 a 45 minutos produz lesões celulares irreversíveis e necrose do músculo cardíaco (PIRES, 2009).

A doença cardíaca isquémica pode progredir de doença inaparente para EAM e morte. A grande maioria desta mortalidade ocorre na população susceptível à aterogénese acelerada, provocada pelo aumento de factores de risco modificáveis (MACEDO; ROSA, 2010), ou seja, por aqueles, em relação aos quais é possível intervir e alterar (pressão arterial elevada, aumento do colesterol, tabagismo, sedentarismo, obesidade, diabetes e stress emocional) (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

Existem outros factores de risco designados de não modificáveis, que incluem a hereditariedade, o sexo (maior em homens dependendo da faixa etária) e a idade (maior risco de aparecimento em faixas etárias superiores a 45 anos) (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

A SCA, sendo uma doença progressiva, exige um tratamento contínuo, daí a necessidade do indivíduo desenvolver hábitos e atitudes que promovam a consciência para o auto-cuidado. Pelo que aderir ao tratamento, é imprescindível para o controlo das doenças crónicas e para o sucesso da terapia instituída (MALDENER et al, 2008).

A ocorrência de doença coronária é assinalada, na maior parte das vezes, por medo e ansiedade, em relação ao regresso às actividades quotidianas. Perante, tais circunstâncias

o apoio social é accionado e são mobilizados recursos de ajuda ao doente de forma a enfrentar a situação (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

A gestão eficaz do regime terapêutico implica a aquisição de competências cognitivas e instrumentais que permitem a sua integração com fluência e mestria no quotidiano do doente, promovendo a adopção à nova condição de saúde e contribuindo para a qualidade de vida.

A adesão terapêutica farmacológica após uma SCA, é hoje uma prioridade bem definida. Contudo, o papel das medidas dirigidas a promover um estilo de vida mais saudável, após um evento coronário agudo, está menos estabelecido (SANTOS, 2010). Foi neste sentido que, Chow e colaboradores (2010), numa análise retrospectiva de 18809 doentes incluídos no OASIS-5 (Fifth Organization to Assess Strategies in acute Ischemic Syndromes), um ensaio clínico em que participaram 41 países, concluíram que, no geral, a adesão à terapêutica farmacológica foi superior à adesão às medidas comportamentais, quer aos 30 dias, quer seis meses após o evento agudo. (CHOW et al., 2010).

Verificou-se que, os doentes que aderiram a uma das medidas de alteração de estilos de vida apresentavam uma maior probabilidade de aderir às restantes e a adesão a medidas comportamentais associou-se a uma redução de eventos cardíacos adversos. (CHOW et al., 2010).

O interesse dos estudos sobre o suporte social baseia-se na relação entre o suporte social e os indicadores de presença ou ausência de doença e nas previsões de diagnóstico e restabelecimento da pessoa (MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002).

As habilidades sociais são fundamentais para que a pessoa viva melhor em sociedade. As características do indivíduo e da situação influenciam o número, a natureza e os tipos de relações sociais, que por sua vez interferem no bem-estar e na saúde global das pessoas (RESENDE et al., 2006).

Uma das formas pelas quais podem ser compreendidas as influências positivas da rede social na saúde é quando há referências às medidas terapêuticas prolongadas. Existe a constatação de que a convivência entre as pessoas favorece comportamentos de saúde tais como dieta, exercício, sono, adesão ao regime medicamentoso e cuidados com a saúde em geral (RESENDE et al., 2006).

Evidências apontam que existe uma relação directa entre o suporte social e a mortalidade (RIMM; FITZMAURICE; KAWACHI, 2002 cit por ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008). A falta de apoio social e consequentemente o isolamento, associam-se a altas taxas de mortalidade nos doentes cardíacos (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

Num contexto de multiprofissionalidade é fundamental conhecer a percepção que os doentes têm da doença e das implicações no seu quotidiano social, profissional e económico, que culmina, frequentemente, no seu isolamento.

Existe uma constatação de associação positiva entre o suporte social, a adesão aos tratamentos e a qualidade de vida dos doentes com patologia cardíaca. Morar sozinho pode estar relacionado com o aumento de reinternamentos nos doentes com patologia crónica. (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008). Por outro lado, a satisfação com o apoio de familiares, amigos e com a intimidade exerce uma influência positiva sobre o ajustamento psicológico, nomeadamente na doença cardíaca (COELHO; RIBEIRO, 2000).

Em 2001, Brummet et al numa investigação com 430 indivíduos portadores de doença coronária arterial, concluíram que, a mortalidade foi maior nos doentes mais isolados. Os utentes com uma rede social de apoio insuficiente tinham um risco mais elevado de mortalidade, excluindo-se a relação com outras variáveis como a gravidade da doença. (BRUMMET et al, 2001)

Numa revisão da literatura realizada por DiMatteo (2004), conclui-se que a adesão ao regime terapêutico é 1,74 vezes maior em doentes com famílias coesas e 1,53 vezes menor em utentes provenientes de famílias em conflito. Viver com outra pessoa aumenta a adesão ao regime terapêutico. (DIMATTEO, 2004)

Em 2010, no CHCB, EPE, Morgado, Rolo e Castelo-Branco, num estudo cujo objectivo foi avaliar se um programa de assistência farmacêutica poderia melhorar a adesão à medicação anti-hipertensiva, concluíram que intervenção farmacêutica pode melhorar, significativamente, a adesão à terapêutica hipertensiva e, conseqüentemente, melhorar o controlo da pressão arterial. (MORGADO; ROLO; CASTELO-BRANCO, 2010).

Almeida (2003) advoga, que, inicialmente, o utente pode hesitar em procurar apoio ao aparecimento dos primeiros sintomas, mas se a situação se mantém e a doença se instala, pode mobilizar o suporte social, o qual uma vez desenvolvido, pode facilitar a recuperação e a implementação de comportamentos de adesão da terapêutica. (ALMEIDA, 2003).

O mesmo autor refere que pessoas com elevado nível de suporte social são mais aderentes ao regime terapêutico, nomeadamente se for necessário implementar estratégias de adesão terapêutica. (ALMEIDA, 2003).

As redes de apoio, como a família, os amigos e pessoas próximas são importantes no superar das dificuldades, sobretudo em patologias crónicas. A existência de suporte social ajuda o indivíduo a enfrentar os sintomas da doença, encoraja-o a seguir a terapêutica. (MALDANER et al, 2008).

Noutro estudo, em que o objectivo era avaliar os níveis de adesão à terapêutica em idosos polimedicados, identificando os factores que afectam essa mesma adesão, concluiu-se que, muito provavelmente a institucionalização dos idosos, ainda que, apenas durante o período diurno, conduz a uma maior adesão terapêutica. A acção dos auxiliares, do centro de dia, permite lembrar os idosos da importância do cumprimento do plano terapêutico e o facto de estarem institucionalizados, faz com que, os idosos tenham uma rotina a nível de horários, o que facilita o não esquecimento da toma da medicação, resultando numa maior adesão à terapêutica. (SOUSA et al., 2011).

A literatura consultada, aponta que, a intervenção direccionada ao desenvolvimento de suporte social adequado no doente cardíaco, pode contribuir para melhorar as suas condições de saúde, na medida em que, aumenta a adesão ao regime terapêutico prescrito e o seu empowerment. A prestação de cuidados de saúde integrados e de apoio social, centrados em equipas multidisciplinares e em recursos humanos devidamente formados, à população, são indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades da mesma (PORTUGAL, 2004).

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão

4- METODOLOGIA

"Há uma perpétua troca de serviços entre a ciência e o empirismo. Muitas vezes a função da primeira consiste em formalizar o que a segunda descobriu"

Multatuli

Neste capítulo, procurámos definir as estratégias de forma a dar resposta à questão que inicialmente formulámos. Iremos descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados e os procedimentos estatísticos realizados.

4.1- CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

As doenças do sistema cardiovascular constituem a principal causa de morte em Portugal, tanto nos homens (29,6%) como de forma mais acentuada nas mulheres (38,9%). (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE), 2010).

Relativamente à mortalidade provocada pelas doenças cardiovasculares, as doenças cerebrovasculares predominam sobre as doenças cardíacas, no entanto, quanto à morbidade os seus indicadores são semelhantes, sobretudo a nível da SCA. Com efeito, esta última implica um grande consumo de recursos, tanto na prevenção como no tratamento, o que implica um esforço dos profissionais de saúde para melhorar estes indicadores. (MACEDO; ROSA, 2010).

Na doença cardíaca, como em qualquer outra doença crónica, o tratamento passa pelo uso contínuo de medicamentos, daí que, é fundamental a adesão dos doentes aos mesmos. As medidas instituídas para melhorar adesão do doente ao regime terapêutico instituído, passam pelo conhecimento dos factores que a influenciam, uma vez que, só assim se podem delinear estratégias que promovam a adesão terapêutica e ao mesmo tempo, melhorar a saúde da população. (DIAS et al., 2011).

Dentre estes, o suporte social tem sido apontado como um factor que proporciona melhoria das condições de saúde ao aumentar a adesão ao regime terapêutico (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

O suporte social pode ser entendido como um conjunto de benefícios afectivos, comportamentais e de conhecimento, derivados da qualidade e quantidade dos relacionamentos interpessoais que o indivíduo estabelece com a sua rede social. Este processo multidimensional e bidireccional reflecte as necessidades, as responsabilidades e as percepções dos participantes no apoio recebido (PINHEIRO, 2003).

As interacções e os relacionamentos interpessoais (familiares, amorosos e de amigos) constituem, por excelência, as fontes de suporte social. Estas interacções contribuem de forma efectiva para a formação e manutenção de diferentes tipos de relacionamentos, desde as relações formais de trabalho, às relações de grande intimidade, passando pelas relações terapêuticas e de ajuda (PINHEIRO, 2003).

Num estudo descritivo com 5115 participantes, vinculados ao *Coronary Artery risk Development in Young Adults* (CARDIA), realizado por Allen [et al], 2001, confirmou-se que o nível reduzido de suporte social esteve associado à baixa adesão a comportamentos de saúde, que por sua vez, se relacionou directamente com uma elevada morbilidade e mortalidade desses doentes. (ALLEN et al., 2001)

Em 2007, Lett [et al], realizaram um estudo em 2481 doentes com EAM, que teve como objectivo comparar o impacto do suporte social com a mortalidade. Os resultados revelaram que os utentes com alto nível de suporte social tiveram melhor prognóstico (LETT et al., 2007).

O sujeito que se sente estimado e valorizado, que alguém o protege e se preocupa com ele, percepção a relação que estabelece com os outros como uma forma de suporte social, considerando-se importante e especial. O suporte social constitui, assim, um importante recurso promotor do bem-estar e da saúde do indivíduo (SECO et al., 2005). É considerado um factor, que traz benefícios quer físicos, quer psicológicos para a saúde, na medida em que os indivíduos que o possuem recuperam mais rapidamente da doença, o que a longo prazo reduz a mortalidade, actuando, também, como uma ferramenta de autonomia no modo de lidar com o processo saúde/doença na comunidade (MENDOZA; FARO, 2009).

Compreender os factores que determinam o suporte social e a adesão terapêutica pode ser fundamental para a minimização desta problemática e motivou-nos à colocação da seguinte questão de investigação: ***Em que medida o suporte social influencia a adesão terapêutica do doente com SCA?***

Como **objectivo geral**, e considerando os doentes portadores de SCA, este estudo pretendeu analisar a relação entre a Satisfação com o Suporte Social (SSS) e a Adesão aos Tratamentos. Como objectivos **específicos** definimos:

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde do doente com SCA;
- Determinar a prevalência da adesão terapêutica no doente com SCA;
- Relacionar as variáveis sociodemográficas, as referentes aos estilos de vida, as referentes aos serviços de saúde e as referentes à terapêutica farmacológica com a SSS.
- Relacionar o suporte social e a adesão terapêutica no doente com SCA;

Para tal foram definidos dois momentos. Na primeira fase, este estudo, visa relacionar as variáveis independentes com a SSS. Na segunda, tem a finalidade de relacionar a SSS com a adesão ao regime terapêutico.

4.2- TIPO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo desenvolvido insere-se na investigação não experimental. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, analítica e correlacional, através de métodos de análise quantitativa, uma vez que, existe a intenção de garantir a precisão dos resultados. É, ainda, retrospectivo transversal, com um único momento de avaliação.

O desenho de investigação de seguida apresentado expõe a articulação feita entre as variáveis que seleccionamos:

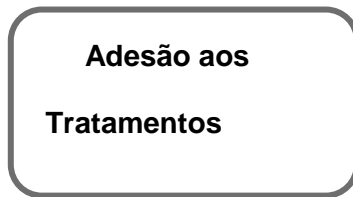
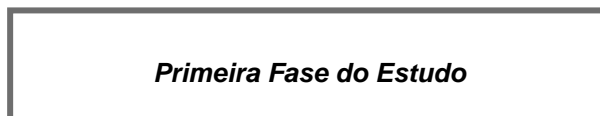
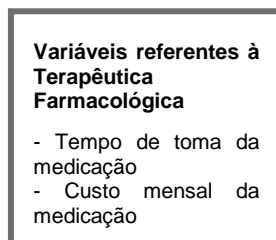
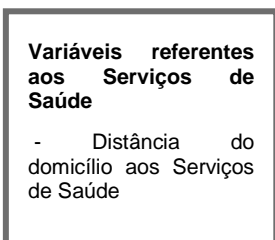
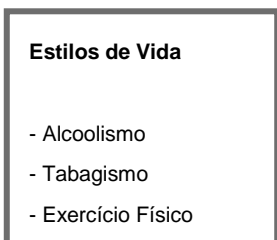
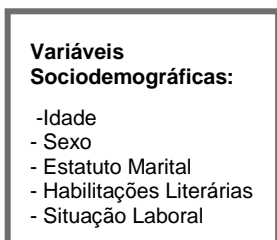
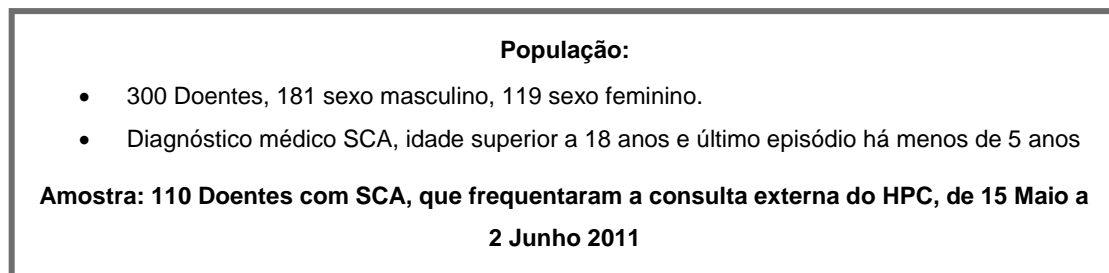


Figura 1 – Desenho da Investigação

De acordo com os objectivos referidos anteriormente, delineámos as seguintes Hipóteses de Investigação:

Hipótese 1 – Existe relação entre a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias, a situação laboral, os estilos de vida, a distância do domicílio aos serviços de saúde, o tempo de toma da medicação e o custo mensal da mesma com a SSS nas suas diferentes dimensões.

Hipótese 2 – Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e a SSS.

Hipótese 3 – Existe relação entre a SSS e a Adesão ao Regime Terapêutico.

4.3- PARTICIPANTES

O estudo foi desenvolvido no HUPC, localizado na região centro-leste de Portugal. Este Hospital faz parte do Centro Hospitalar Cova da Beira, Entidade Pública Empresarial (CHCB, EPE), cuja área de influência são os concelhos da Covilhã, Belmonte, Fundão e Penamacor.

A população do estudo foi constituída por 300 doentes com diagnóstico médico de SCA registados no programa *Sonho* do CHCB, EPE, dos quais 60,3% (N=181) do sexo masculino e 39,7% (N=119) do sexo feminino (Fonte: GEPI CHCB, EPE).

A amostra foi não probabilística por acessibilidade, dado foi formada pelos indivíduos portadores de SCA em regime de ambulatório que frequentaram a consulta externa do HUPC, no período de 15 de Maio 2011 a 2 de Junho do mesmo ano. Os participantes elegíveis foram todos adultos (idade superior a 18 anos), com diagnóstico médico de SCA e cujo último episódio foi à menos de 5 anos. Os critérios de exclusão incluíram utentes Institucionalizados, utentes com diagnóstico médico de patologia psiquiátrica.

Participaram no estudo 115 indivíduos, dos quais foram excluídos 3 por os formulários não se encontrarem totalmente preenchidos e 2 por não assinarem o consentimento. Pelo que, a amostra foi constituída por 110 sujeitos (taxa de resposta=95,65%)

4.3.1- Caracterização Sociodemográfica

A amostra foi constituída por 110 participantes, 68,2% (75) do **sexo** masculino e 31,8% (35) do sexo feminino (Apêndice 1).

A **idade** mínima foi 48 anos e a máxima 89 anos, o que corresponde a uma média de 66,31 ($dp=9,79$) e um Coeficiente de Variação (CV) de 14,76%. Esta medida estatística aponta para a existência de uma dispersão fraca ($CV < 15\%$). Os valores de simetria ($SK/EP = 0,26$) indicam uma curva simétrica e os valores da curtose ($K/EP = -1,22$) indicam uma curva mesocúrtica, ou seja, apresenta uma distribuição normal.

Os indivíduos do sexo masculino apresentaram valores médios inferiores (63,84 e $dp=8,85$) aos apresentados pelo sexo oposto (71,6 e $dp=9,72$). O teste *t* de *student* revelou, que existem diferenças significativas entre ambas ($t=-4,15$; $p=0,00$).

Foram agrupados os elementos da amostra em 4 classes etárias. Verificámos que 34,5% dos indivíduos se situam na classe etária dos 66 aos 75 anos, seguido de 31,8% na classe etária dos 56 aos 65 anos. A maioria dos homens (40%) situou-se na classe etária dos 56 aos 65 anos e a maioria das mulheres (43%) na classe etária dos 66 aos 75 anos.

A maioria dos sujeitos tem companheiro (79%), o que corresponde ao **estado civil** “casado” (77,3%) e “união de facto” (1,8%). Dos que têm companheiro, a maioria pertence ao sexo masculino (90,7%) e 45,7% das mulheres não têm companheiro.

Relativamente às **habilitações literárias**, a maioria dos sujeitos possui o ensino primário (44,5%). Verificamos que 45,7% das mulheres não sabe ler nem escrever, em oposição a 2,7% dos homens. Porém 11,4% das mulheres possui o ensino superior e apenas 4% dos homens possui este grau de escolaridade.

Quanto à **residência** a maioria dos sujeitos vivem na cidade (60%), 21% vivem em aldeias e 19% em vilas.

Relativamente à **situação laboral**, 79% dos indivíduos são reformados e apenas 14,5% estão empregados. Do total da amostra podemos, ainda, inferir que 31,3% são pessoal administrativo e similar e 25% são trabalhadores não qualificados.

A maioria dos inquiridos (50,9%) auferem um **rendimento mensal** inferior ao ordenado mínimo nacional. Quanto ao sexo, verificamos que, as mulheres encontram-se maioritariamente neste grupo de rendimentos, com uma percentagem de 65,7%.

Relativamente à **variável com quem vive** 62,7% dos sujeitos vivem com o cônjuge e 19,1% com o cônjuge e filhos. Relativamente ao sexo 17% das mulheres vive com os filhos em oposição a 0% dos homens.

Em Suma:

- A amostra estudada foi constituída por 110 participantes, 68,2% do sexo masculino e 31,8% do sexo feminino.
- A média de idades foi de 66,31 (dp=9,79), 34,5% dos inquiridos situa-se na classe etária dos 66 aos 75 anos, sendo que, 40% dos homens situa-se na classe etária dos 56 aos 65 anos e 43% das mulheres na classe etária dos 66 aos 75 anos.
- A maioria dos participantes (79%), têm companheiro, vivem na cidade (60%), possuem o ensino primário (44,5%) e estão reformados (79%). Apenas 14,5% dos inquiridos estão empregados.
- Relativamente ao rendimento mensal, 50,9% da amostra auferem um rendimento inferior ao ordenado mínimo mensal.
- A maioria dos participantes do nosso estudo (62,7%) vive com o cônjuge.

4.4- INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Os dados foram colhidos no período de 15 maio 2011 a 2 de junho 2011, através da aplicação de um Questionário (Apêndice 2), constituído por uma:

- *Componente Sociodemográfica* (idade, sexo, estado civil, coabitação, habilitações literárias, residência, situação laboral, profissão e rendimento mensal) (Apêndice 3).
- *Componente referente aos Estilos de Vida* (percepção do tipo de alimentação, alcoolismo, tabagismo, exercício físico e stress) (Apêndice 4).
- *Componente referente aos Serviços de Saúde* (acessibilidade aos serviços de saúde, acompanhamento médico, periodicidade, frequência e número de consultas, frequência de um programa de reabilitação, relacionamento com o profissional de saúde e profissional que fornece a informação) (Apêndice 5)
- *Componente Clínica* (tipo de doença diagnosticada, ano e número de episódios de SCA, doenças associadas, obesidade e limitação física) (Apêndice 6).
- *Componente referente à Terapêutica Farmacológica* (medicação habitual, tempo de toma da medicação, número total de medicamentos, custo mensal, esquema terapêutico complicado, interrupção da medicação e efeito indesejado da medicação) (Apêndice 7)
- *Escala de Avaliação SSS* (Anexo 1)
- *Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)* (Anexo 2)

Os questionários foram auto-aplicados, no entanto, e devido ao nível educacional da população, foi necessária a presença do investigador no preenchimento dos mesmos, de forma a esclarecer alguns itens, sem, contudo, alterar o sentido das respostas.

Foi realizado um pré-teste a 12 doentes com critérios de inclusão na nossa amostra, no período de 2 a 6 de Maio de 2011. Foi necessário proceder a alterações de redacção de algumas questões para melhor compreensão das mesmas e de simplificar algumas questões a fim de o questionário ser mais reduzido.

4.5- PROCEDIMENTOS

Para a realização do estudo e, nomeadamente para a aplicação dos questionários aos participantes, foi necessário enviar um pedido de autorização formal para o CHCB; EPE e para Comissão Ética (Anexo 3).

Foi indispensável enviar um pedido de autorização, aos autores, para utilização das escalas (ESSS e MAT) (Anexo 4) e, por fim, foi inevitável pedir o consentimento aos doentes que fizeram parte da nossa amostra, ressalvando a garantia de anonimato, confidencialidade e garantindo os princípios básicos da “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial. Estes são constituídos pelo conjunto dos princípios relativos aos métodos científicos, à publicação dos resultados e à diferenciação entre a investigação terapêutica, que tem por finalidade melhorar a saúde dos participantes e a investigação não terapêutica que visa o avanço dos conhecimentos. (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) (Apêndice 8).

4.6- PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Após a realização dos questionários e respectiva codificação de respostas, elaborámos uma base de dados com o intuito de procedermos ao tratamento dos mesmos. Os dados obtidos foram tratados a partir *Statistical Package for Social Sciences, 19,0* (SPSS).

A apresentação dos resultados efectuou-se com o recurso de tabelas e quadros onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nos mesmos o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de recolha de dados aplicado aos doentes com SCA.

Relativamente à estatística descritiva e a fim de descrever as nossas variáveis fizemos uso da tabela de frequências, da média (\bar{X}), do desvio padrão (dp) e do coeficiente de variação (CV). Quanto ao CV utilizamos os intervalos definidos por Pestana e Gageiro (2008): “ $CV \leq 15\%$ – Dispersão fraca”; “ $15\% < CV \leq 30\%$ – Dispersão média”; “ $CV > 30\%$ – Dispersão elevada” (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

Para analisar a simetria Skewness (SK), que se obtém através do quociente entre SK com o erro padrão (EP) utilizamos os valores definidos por Pestana e Gageiro (2008): $SK/EP \leq -1.96$ – assimétrica negativa ou enviesada à direita; $-1.96 < SK/EP \leq 1.96$ – simétrica; $SK/EP > 1.96$ – assimétrica positiva ou enviesada à esquerda. Do mesmo modo e para as medidas de achatamento Curtose (K) o resultado também se obtém através do quociente com o erro padrão (EP): $K/EP \leq -1.96$ – platicúrtica; $-1.96 < K/EP \leq 1.96$ – mesocúrtica; $K/EP > 1.96$ – leptocúrtica. (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

A operacionalização da variável estilos de vidas foi fruto da reunião de vários itens preditores de saúde (consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo, maus hábitos alimentares e stress). O valor global dos estilos de vida resultou do somatório dos índices parcelares destes itens preditores de saúde. De acordo com a tendência de resposta quanto menor for este índice, melhor o estilo de vida. Posteriormente foram realizados grupos extremos, tendo por base a fórmula [valor médio \pm 0,25 x desvio padrão] preconizada por Pestana e Gageiro (2008), obtendo estilos de vida equilibrados, desequilibrados e intermédios (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

Para a MAT foi também utilizada a mesma fórmula, tendo sido estratificada a adesão em baixa, razoável e boa.

Quanto à estatística inferencial, foi aplicado o teste *Kolmogorov-Smirnov* (K-S). Mesmo não se verificando a condição de normalidade, no caso de algumas variáveis, decidiu avançar-se com a aplicação de testes paramétricos, uma vez que estes são bastante robustos, a menos que tenham uma distribuição muito diferente da normal. (PEREIRA, 2008).

A estatística não paramétrica, como alternativa aos testes paramétricos, foi utilizada quando a condição da homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) ou seja, quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,6 (PESTANA; GAGEIRO, 2008) utilizamos os testes de U-Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Para a comparação de grupos dependentes ou relacionados, utilizou-se o teste paramétrico *t de Student*. Quando são apresentados dois testes de t (um para variâncias

iguais e outro para quando são diferentes), é necessário escolher o mais adequado tendo como base o teste à homogeneidade de Levene (quando a significância deste teste é superior a 0,05, assume-se que as variâncias são iguais).

Realizou-se, quando considerado adequado, uma análise de Regressão Linear Simples entre variáveis de interesse por aplicação do coeficiente de correlação de Pearson. Relativamente a este tipo de teste usámos os valores de r que Pestana e Gageiro (2005) sugerem: $r < 0,2$ – associação muito baixa; r entre $[0,2, 0,39]$ – associação baixa; r entre $[0,4,0,69]$ – associação moderada; r entre $[0,7,0,89]$ – associação alta e $r > 0,9$ – associação muito alta (PESTANA; GAGEIRO, 2005).

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efectuamos uma regressão linear simples. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente a mais que uma variável independente efectuamos a regressão múltipla. Como métodos de estimação utilizámos o Stepwise e o Enter, o primeiro origina tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente e o segundo incorpora as variáveis no modelo numa única etapa.

Os valores de significância considerados estatisticamente significativos foram de $\alpha=0,05$ (espera-se que a probabilidade de erro seja de $p < 0,05$), pois em ciências sociais é considerada uma probabilidade de erro admissível. (ALMEIDA; FREIRE, 2003).

5- RESULTADOS

“Os resultados provêm do aproveitamento das oportunidades e não da solução dos problemas. A solução de problemas só restaura a normalidade. As oportunidades significam explorar caminhos”

Peter Drucker

No sentido de permitir obter conclusões acerca da existência ou não de relações significativas entre variáveis e, fundamentalmente, de determinar a possibilidade de, a partir dos resultados verificados para a amostra, retirar conclusões para a população, foram efectuados diferentes testes.

5.1- ANÁLISE DESCRITIVA

A aplicação dos vários instrumentos de recolha de dados permitiu-nos obter os resultados que a seguir apresentamos. Os quadros e tabelas realizados serão apresentados no final do trabalho no Apêndice 9.

5.1.1- Caracterização da Satisfação com o Suporte Social

A variável **Satisfação com o Suporte Social**, encontra-se dividida em 4 subescalas, em que o valor total é a soma do valor de cada dimensão (Tabela 7).

- Na dimensão Satisfação com os Amigos (SA), o valor mínimo foi 7 e o máximo 25, o que corresponde a uma média de 17,6 (dp=4,82).
- Na dimensão Intimidade (IN), que mede a percepção da existência de suporte social íntimo, o valor mínimo foi 7 e o máximo 20, com média 14,28 (dp=3,73).
- Na dimensão Satisfação com a Família (SF), o valor mínimo foi 3 e o máximo 15. A média corresponde a 12,35 (dp=2,96).
- Na dimensão Actividades Sociais (AS), o valor mínimo foi 3 e o máximo 15, com média 9,16 (dp=2,99).

Relativamente ao Valor global da SSS, o valor mínimo foi 29 e o máximo 75. A média foi 53,35 (dp=11,35).

Quanto à simetria e à curtose, constatamos que nas dimensões SA, AS e no Valor Global da SSS, as curvas apresentam distribuição normal. Na dimensão IN a curva apresenta uma distribuição simétrica e platicúrtica e na dimensão SF temos uma curva enviesada à direita e mesocúrtica.

Em Suma:

- Na amostra seleccionada, o valor de Suporte Social Total mínimo e máximo foi de 29 e 75, respectivamente, o que corresponde a uma média de 53,35 (dp=11,35).

5.1.2- Caracterização dos Estilos de Vida

Da amostra estudada, 42,7% referiu fazer uma **alimentação** “moderadamente saudável” e 40,9% “tão saudável como recomendado”, apenas 10,9% referiu ter uma alimentação “muito saudável”. Analisando esta variável quanto ao sexo a maioria das mulheres (45,7%) referiu ter uma alimentação “tão saudável como recomendável” e a maioria dos homens (46,7%) uma alimentação “moderadamente saudável” (Quadro 3).

Relativamente ao consumo de **álcool**, 37,3% dos inqueridos referiu consumir álcool todos os dias, destes 86,96% consome 20 a 24 g de álcool/dia e 13,04% consome até 100g/dia. Analisando esta variável com o sexo, constatamos que 48% dos homens e 14,3% das mulheres consomem álcool todos os dias, 13,04% dos homens consome até 100 g/dia e 66,7% consome 20 a 24g/dia. Quanto às mulheres, da totalidade das que consome álcool, ingerem 20 a 24 g/dia (33,3%).

Quanto ao **tabagismo**, a maioria dos sujeitos (60%) da nossa amostra, nunca fumou, 30% deixaram de fumar e apenas 7,3% fuma todos os dias. Dos que fumam todos os dias, 50% fuma mais de 10 cigarros por dia.

Na variável **exercício físico**, constatamos que, 48,2% dos inquiridos pratica algum tipo de actividade. Esta prática é feita, sobretudo 2-3 vezes por semana, tanto por homens (40,0%) como por mulheres (53,84%) e durante 35-45 minutos (37,73%).

Relativamente ao **stress** 52,7% da nossa amostra disse “sofrer de stress diariamente” e destes, 56% pertencem ao sexo masculino.

Em relação aos **estilos de vida**, o valor mínimo foi de 58 e o máximo é de 97, o que corresponde a uma média de 79,72 ($dp=8,75$). O coeficiente de variação foi de 10,97% o que aponta para a existência de uma dispersão fraca ($CV < 15\%$). Os valores de simetria ($SK/EP = -1,15$) e curtose ($K/EP = -0,74$) indicam uma curva com distribuição normal.

As mulheres apresentaram valores médios de estilos de vida inferiores ($\bar{X} = 76,02$; $dp = 8,52$) aos dos homens ($\bar{X} = 81,45$; $dp = 8,36$), existindo diferença estatística significativa ($t=3,15$; $p=0,002$) (Tabela 8).

Constatamos ainda que, 42,7% dos inquiridos possuem estilos de vida “equilibrados”, 40,0% “desequilibrados” e 17,3 “intermédios”. Analisando esta variável quanto ao sexo, verificamos que a maioria das mulheres (65,7%) possuem estilos de vida “equilibrados” e a maioria dos homens (49,3%), possuem estilos de vida “desequilibrados” (Quadro 4).

Em Suma:

- Nos Estilos de Vida o valor mínimo foi de 58 e o máximo foi de 97, o que corresponde a uma média de 79,72 ($dp=8,75$).
- As mulheres apresentaram valores médios de estilos de vida inferiores ($\bar{X} = 76,02$; $dp = 8,52$) aos dos homens ($\bar{X} = 81,45$; $dp = 8,36$), existindo diferença estatística significativa ($t=3,15$; $p=0,002$)
- Quanto à classificação dos estilos de vida, 42,7% dos inquiridos possuem estilos de vida “equilibrados”, 40,0% “desequilibrados” e 17,3% “intermédios”.

5.1.3- Caracterização relacionada com os Serviços de Saúde

Na variável **distância do domicílio aos serviços de saúde**, a distância mínima foi de 0,5km e a máxima de 60km o que corresponde a uma média de 6,42km ($dp=7,62$) e um CV de 118,70%. Esta última medida estatística aponta para a existência de dispersão elevada ($CV > 30\%$). Os valores de simetria ($SK/EP = 17,43$) indicam uma curva assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e os valores da curtose ($K/EP = 50,27$) indicam uma curva leptocúrtica (Quadro 5)

Quanto à **acessibilidade aos serviços de saúde** a maioria dos indivíduos referiu deslocar-se em “transporte próprio” (67,3%), deslocando-se os restantes em “transportes públicos” (11,8%), “transporte de familiares/vizinhos” (10%), “a pé” (8,2%) e de “táxi” (2,7%). A maior parte dos indivíduos desta amostra referiu “não ter dificuldade em se deslocar ao local da consulta” (75,5%).

Relativamente à variável **acompanhamento médico**, 32,7% dos sujeitos da nossa amostra, referiu ser acompanhado pelo “médico de família”, 31,8% menciona ser acompanhado pelo médico da medicina intensiva do hospital. Apenas 7,3% referem ser acompanhados pelo “médico particular”.

No que se refere à **periodicidade das consultas** verificamos que, 47,3% dos inquiridos frequenta as consultas de forma semestral, 20% trimestral e 16,4% mensal e anualmente.

Na variável **número de Consultas**, a maioria dos indivíduos referiu que este se encontra adequado (76,1%), sendo que no sexo masculino a percentagem (78,4%) é ligeiramente superior à do sexo feminino (71,4%). Apenas 22% refere ter necessidade de ter “ maior número de consultas”, o que foi manifestado maioritariamente pelo sexo feminino (28,6%).

Quanto à **assiduidade às consultas**, 97,3% referiu ir à consulta “Sempre” que lhe é marcada. Apenas 9% dos inquiridos mencionou que vai “Raramente” à consulta e 1,8% refere que vai apenas “Quando sente necessidade”.

Na variável **frequenta um programa de Reabilitação Cardíaca**, a maioria dos participantes do nosso estudo, responderam de forma negativa (96,4%).

Relativamente à variável **relacionamento com o enfermeiro**, verificámos que 95,5% dos indivíduos consideram ter uma “Boa relação com o Enfermeiro” e em relação ao **relacionamento com o médico** a maioria dos indivíduos considerou ter uma boa relação com o médico que o acompanha (96,4%).

Observando a variável **qual o profissional de saúde que lhe dá informações acerca da sua doença e tratamento**, constatámos que, a maioria dos inquiridos referiu ser o “Médico” (72,7%), seguindo-se o “Enfermeiro” (28,6%).

Em Suma:

- A distância do domicílio aos serviços de saúde, corresponde a uma média de 6,42 km ($dp=7,62$), oscilando entre 0,5 e 60 km.
- A maioria dos indivíduos da nossa amostra (67,3%) referiu deslocar-se em “transporte próprio” para ir às consultas e 75,5% admitiram “não ter dificuldade em se deslocar ao local da consulta”.
- Relativamente à variável acompanhamento médico, 32,7% referiu ser acompanhado pelo “médico de família” e 31,8% pelo médico da “medicina intensiva do hospital”.

- A maioria dos inquiridos (47,3%) frequenta as consultas semestralmente e 76,1% menciona que o número de consultas está adequado às suas necessidades.
- A maioria dos inquiridos (97,3%) referiu frequentar “sempre” as consultas e apenas 1,8% mencionou que vai “quando sente necessidade”
- Quanto à frequência de um programa de reabilitação cardíaca, 96,4% referiram não frequentar.
- Relativamente ao relacionamento com o profissional de saúde, constatou-se que, 95,5% dos sujeitos da nossa amostra considera ter uma “boa relação com o Enfermeiro” e do mesmo modo, 96,4% considera ter uma “boa relação com o médico”.
- Em relação ao profissional de saúde que lhe dá informações acerca da sua doença e tratamento, para a maioria dos inquiridos (72,7%), a resposta foi o médico.

5.1.4- Caracterização Clínica

No que se refere à variável **diagnóstico de SCA**, verificamos que, a maioria dos indivíduos da nossa amostra teve como diagnóstico médico “Enfarte Agudo do Miocárdio” (82,7%). A 10,9% foi-lhes atribuído o diagnóstico médico de Angina Instável e a 6,4% o diagnóstico médico de Angina Instável e Enfarte Agudo do Miocárdio. Analisando esta variável quanto ao sexo, verificamos que, o sexo masculino predomina relativamente ao diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio (86,7%), contrariamente ao diagnóstico médico de Angina Instável, em que predomina o sexo feminino (20%) (Quadro 6).

Constatamos que, **o diagnóstico de SCA** na maioria dos indivíduos, ocorreu há menos de cinco anos (63,6%). A 22,7% dos indivíduos ocorreram 2 episódios de SCA e a 13,6% ocorreram 3 episódios.

Quanto à variável **presença de factores de risco**, verificamos que, 89,1% dos inquiridos possui factores de risco e que a Hiperdislipidémia (64,5%) e a HTA (60,9%) são os factores de risco predominantes. A maioria dos sujeitos da nossa amostra referiu não ter **familiar com SCA** (56,4%).

Na variável **limitação física relacionada com a doença cardíaca isquémica**, 56,4% da nossa amostra referiu ter “Limitação física para actividades quotidianas” dos quais 65,7% pertencem ao sexo feminino e 52% ao sexo masculino. Apenas 5,5% referiu “Acentuada limitação física para actividades simples”.

Em Suma:

- A maioria dos indivíduos da nossa amostra teve como diagnóstico médico “Enfarte Agudo do Miocárdio” (82,7%). Na maioria dos indivíduos o diagnóstico de SCA ocorreu há menos de 5 anos.
- Dos inquiridos, 89,1% referiu apresentar factores de risco, com destaque para a Hiperdislipidémia (64,5%) e para a HTA (60,9%).
- Quanto ao familiar com doença cardíaca, 43,6% dos inquiridos responderam afirmativamente, relativamente à existência de um familiar com doença cardíaca.
- Quanto à limitação física relacionada com a doença cardíaca isquémica, 56,4% mencionou “ter limitação física para actividades quotidianas”.
- A maioria dos sujeitos da nossa amostra apresentou um valor de IMC que corresponde a “pré-obesidade” (57,7%).

No **Índice de Massa Corporal (IMC)**, o valor mínimo é de 18,71 e o máximo de 41,95, o que se traduz numa média de 27,61 e (dp=3,81). O CV é de 13,8% que corresponde a uma curva com fraca dispersão. Os valores de simetria (SK/EP=4,16) e da curtose (K/EP=3,05) indicam uma curva leptocúrtica e enviesada à esquerda (Tabela 9). As mulheres apresentaram valores médios de IMC muito semelhantes ($\bar{X} = 27,92$; dp =4,15) aos dos homens ($\bar{X} = 27,47$; dp = 3,66), não existindo diferença estatística significativa (t=0,58; p=0,56). Analisando a variável **IMC** por classes 52,7% dos sujeitos da nossa amostra apresentam um valor de IMC que corresponde a “pré-obesidade”, 18,2% apresentam obesidade moderada e 4,5% obesidade clínica. Relativamente ao sexo dos sujeitos, a maioria das mulheres (57%) como a maioria dos homens (50,7%) tem “pré-obesidade”.

5.1.5- Caracterização relacionada com a Terapêutica Farmacológica

No que diz respeito à **toma de medicação para a doença cardíaca**, a totalidade da nossa amostra admitiu tomar medicamentos para a sua patologia cardíaca, sendo que, a maioria se encontra medicados com “estatinas” (79,1%), “anti-agregantes plaquetários” (88,2%) e com “IECAS” (70%) (Quadro 7).

Analisando a variável **há quanto tempo toma a medicação para a doença cardíaca isquémica**, 37,3% dos sujeitos da nossa amostra referiu tomar este tipo de medicação há mais de 5 anos. Apenas 4,5% dos indivíduos mencionam ter este esquema terapêutico há menos de meio ano.

A maioria dos indivíduos da nossa amostra “Não” considerou o “**esquema terapêutico complicado**” (70,9%).

Quanto à “**interrupção da medicação por iniciativa própria**”, a maioria dos inquiridos referiu nunca ter interrompido a medicação por sua iniciativa (80,9%).

Relativamente ao **efeito indesejado da medicação**, 31,8% dos homens referiu ter “impotência” e 30,8% das mulheres “fraqueza e fadiga”.

Observando a variável **gasto mensal da medicação**, apenas 7,3% dos inquiridos referiu “não ter gastos com a medicação”. Dos restantes, a maioria (40,3%) refere que gasta mais de 81 euros, mensalmente.

Relativamente ao **número de comprimidos**, verificámos que o valor mínimo registado foi de 2 comprimidos/dia e o máximo é 16 comprimidos/dia, o que corresponde a uma média de 7,27 (dp=2,7), o que equivale a um CV de 37,13%, ou seja a uma dispersão elevada. Pela análise dos valores de simetria e curtose constatamos que a curva é enviesada à esquerda (SK/EP = 3,85) e mesocúrtica (K/EP = 1,45).

Realizando um teste t-student, verificámos que os indivíduos do sexo masculino (\bar{X} =6,84 e dp=2,46) apresentam uma média inferior aos apresentados pelos indivíduos do sexo feminino (\bar{X} =8,2 e dp=2,97), existindo diferenças significativas (t=-2,51; p=0,013) (Tabela 10).

Em Suma:

- A totalidade da nossa amostra admitiu tomar medicação para a doença cardíaca, 37,3% dos inqueridos refere tomar este tipo de medicação há mais de 5 anos.
- Relativamente ao número de comprimidos, verificámos que o valor mínimo registado é de 2 comprimidos/dia e o máximo é 16 comprimidos/dia, o que equivale a uma média de 7,27 comprimidos/dia (dp=2,7).
- A maioria dos indivíduos da nossa amostra não considerou o número de comprimidos que toma diariamente excessivos (53,6%), assim como, não considerou o esquema terapêutico instituído complicado (70.9%).
- A maioria dos inquiridos referiu nunca ter interrompido a medicação por sua iniciativa (80,9%).
- Relativamente ao efeito indesejado da medicação, 31,8% dos homens referiu ter “impotência” e 30,8% das mulheres “fraqueza e fadiga”.
- A maioria dos inquiridos (37,3%) referiu gastar mensalmente mais de 81 euros de medicação.

Analisando a variável **Adesão aos Tratamentos Farmacológicos**, podemos aferir que o valor mínimo foi de 3,57 e o máximo é de 6, o que corresponde a uma média de 5,4 ($dp=0,56$) e um CV de 10,37%. Esta medida estatística aponta para a existência de uma dispersão fraca ($CV < 15\%$). Os valores de simetria ($SK/EP=-5,03$) indicam uma curva assimétrica enviesada à direita e os valores da curtose ($K/EP=2,17$) indicam uma curva leptocúrtica.

Relativamente ao sexo verificámos que, os indivíduos do sexo masculino apresentaram valores médios para a MAT superiores ($\bar{X}=5,48$; $dp=0,52$) aos do sexo feminino ($\bar{X}=5,23$; $dp=0,607$), existindo diferença estatística significativa ($t=2,15$ e $p=0,033$) (Tabela 11).

Observando a **classificação da medida de adesão aos tratamentos**, verificámos que 53,6% dos inquiridos apresentaram uma “Boa Adesão” à terapêutica, 27,3% apresentaram “Baixa Adesão” e 19,1% “Razoável Adesão”. Analisando esta variável quanto ao sexo verificámos que 60% dos homens apresentaram “boa adesão” e apenas 40% das mulheres apresentaram este nível de adesão (Quadro 8).

Em Suma:

- Quanto à variável Adesão aos Tratamentos Farmacológicos, verificámos que o valor mínimo foi de 3,57 e o máximo é de 6, o que corresponde a uma média de 5,4 ($dp=0,56$).
- Observando a classificação da adesão terapêutica, verificámos que 53,6% dos inquiridos apresentaram uma “Boa Adesão” à terapêutica, 27,3% apresentaram “Baixa Adesão” e 19,1% “Razoável Adesão”. Analisando esta variável quanto ao sexo, os homens apresentaram maior percentagem do que as mulheres, sendo 60% e 40%, respectivamente.

5.2- ANÁLISE INFERENCIAL

Após a caracterização da amostra, obtida através da análise descritiva dos dados, passámos à abordagem inferencial dos mesmos através da estatística analítica. Como referimos anteriormente, o estudo foi realizado em duas fases, na primeira a SSS foi a nossa variável dependente e na segunda fase pretendemos estudar a influência da SSS na

Adesão ao Regime Terapêutico. As tabelas e os quadros realizados serão apresentados no final no Apêndice 10.

Foi necessário validar o pressuposto da distribuição normal, efectuando-se o teste Kolmogorov-Smirnov, tanto para a SSS como para a MAT (Tabela 12).

Sendo que o nível de significância é inferior a 0,05, rejeita-se a hipótese de que as variáveis SSS e MAT seguem uma distribuição normal. Mesmo não se verificando a condição de normalidade decidiu avançar-se com a análise, uma vez que, 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. (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

Em relação à **primeira fase do estudo** e com o propósito de saber quais os factores que influenciam a SSS nas suas diferentes dimensões (SA, SF, IN, AS e valor global SSS) no doente com SCA, procurámos associar esta variável com as seguintes:

- Variáveis Sociodemográficas (idade, sexo, estatuto marital, habilitações literárias e situação profissional).
- Variáveis referentes aos Estilos de Vida
- Variáveis referentes aos Serviços de Saúde (Distância do domicílio aos serviços de saúde)
- Variáveis referentes à Terapêutica Farmacológica (Tempo de toma da medicação e custo mensal da medicação)

Formulámos as hipóteses que se seguem na tentativa de encontrar alguma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em causa.

H1 – Existe relação entre a idade, os estilos de vida, a distância do domicílio aos serviços de saúde, o tempo de toma da medicação, o custo da mesma e a SSS nas suas diferentes dimensões.

Para o estudo da variável dependente SSS com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. Para determinar as variáveis que se apresentavam como predictoras das diferentes dimensões da SSS, realizou-se o método stepwise.

H1 a - *Existe relação entre a idade, os estilos de vida, a distância do domicílio aos serviços de saúde, o tempo de toma da medicação, o custo da mesma e a dimensão SA.*

No que concerne à SA, notamos que as correlações entre esta subescala e as variáveis independentes são baixas, oscilando entre ($r=-0,011$) no gasto com a medicação e ($r=-0,312$) na idade. Verificamos ainda que a idade, o IMC, a distância do domicílio aos serviços de saúde, o número total de comprimidos e o gasto mensal da medicação estabelecem uma correlação negativa com a SA e os estilos de vida e o tempo de toma de medicação estabelecem uma relação inversa. Contudo, as variáveis independentes que estabelecem relações significativas com esta subescala são a idade, os estilos de vida, a distância do domicílio aos serviços de saúde e o número de comprimidos. (Tabela 13).

A primeira variável a entrar no modelo de regressão foi a idade, que é, como vimos anteriormente, a que apresenta um maior coeficiente de correlação de Pearson. Esta variável explica no primeiro modelo 9,8% da variação da SA e o erro padrão de regressão é de 4,598, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da SA.

No segundo modelo de regressão para além da idade entraram os estilos de vida. Estas variáveis explicam 13,5% da variabilidade da SA, tendo o erro estimado diminuído para 4,522.

Os resultados deste modelo são sumariamente apresentados no Quadro 9, que comprova que são 2 das 7 variáveis iniciais, a entrar neste modelo de regressão constituindo-se assim como preditoras da SA.

O teste F é estatisticamente significativo para um nível de confiança de 95%, o que leva à rejeição da nulidade entre as variáveis. Os valores de t, dado apresentarem significância estatística, permitem afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na SA pois os coeficientes de cada uma são diferentes de zero. Finalmente pelos coeficientes padronizados beta, denota-se que, a idade é o que apresenta maior valor preditivo e estabelece uma relação inversa com a variável dependente.

O modelo final ajustado para a SA é dado então pela seguinte fórmula: **Satisfação com os Amigos (SA) = 17,564 + (-0,267 idade) + (0,200 estilos de vida)**

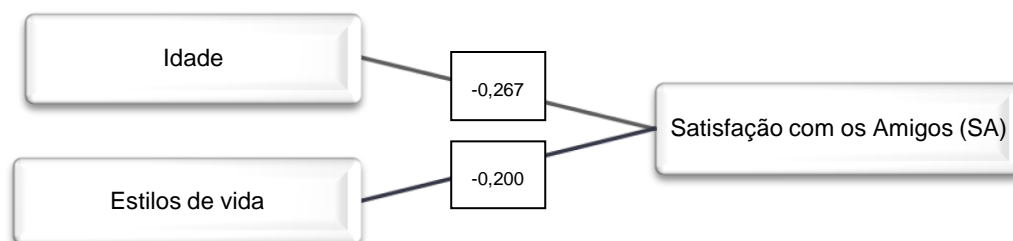


Figura 2 – Síntese das relações entre a SA e as variáveis independentes

H1 b - Existe relação entre a idade, os estilos de vida, a distância do domicílio aos serviços de saúde, o tempo de toma da medicação, o custo da mesma e a dimensão IN.

Quanto à IN, constatamos que a variável que apresenta maior correlação são os estilos de vida ($r=0,279$) e a de menor correlação é o gasto com a medicação ($r=-0,037$). Verificamos, ainda, que a idade, o IMC, a distância do domicílio aos serviços de saúde, o número total de comprimidos, o tempo de toma da medicação e o gasto mensal da medicação estabelecem uma correlação negativa com a IN, contudo, as variáveis independentes que estabelecem relações significativas com esta subescala são os estilos de vida, a distância do domicílio aos serviços de saúde e o número total de comprimidos (Tabela 14).

Neste modelo de regressão a primeira variável a entrar foram os estilos de vida. Esta variável explica no modelo 7,8% da variação da IN e o erro padrão de regressão é de 3,60019, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da Intimidade.

No segundo modelo para além dos estilos de vida entrou também a distância do domicílio aos serviços de saúde. Estas variáveis explicam em 12,4% a variabilidade da Intimidade, tendo o erro padrão diminuído para 3,526. O teste F é estatisticamente significativo para um nível de confiança de 95%, o que leva à rejeição da nulidade entre as variáveis em estudo e o valor de t sendo significativo indica que os estilos de vida e a distância do domicílio aos serviços de saúde têm poder explicativo na dimensão IN.

Os coeficientes padronizados beta, mostram que, os estilos de vida são os que apresenta maior valor preditivo. Das 2 variáveis independentes em estudo a distância do domicílio aos serviços de saúde estabelece uma relação inversa com a variável dependente (Quadro 10).

O modelo final ajustado para a IN é dado então pela seguinte fórmula: **Satisfação com a Intimidade (IN) = 7,097 + (0,244 estilos de vida) + (-0,216 distância do domicílio aos serviços de saúde)**

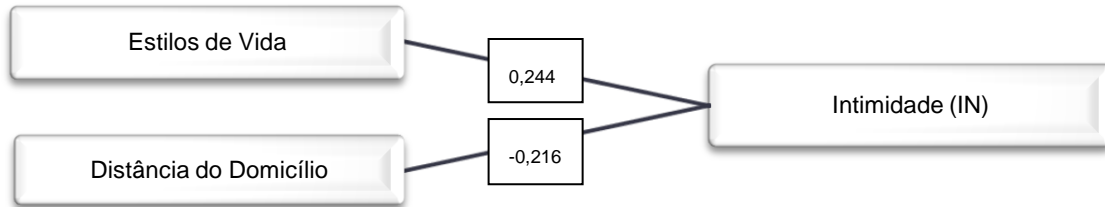


Figura 3 – Síntese das relações entre a IN e as variáveis independentes

H1 c - Existe relação entre a idade, os estilos de vida, a distância do domicílio aos serviços de saúde, o tempo de toma da medicação, o custo da mesma e a dimensão SF.

Relativamente à SF, verificamos que as correlações entre esta subescala e as variáveis independentes são baixas, oscilando entre ($r=-0,013$) no tempo de toma da medicação e ($r=0,260$) nos estilos de vida. Aferimos ainda que a idade, o IMC, a distância do domicílio aos serviços de saúde, o número total de comprimidos e o gasto mensal da medicação estabelecem uma correlação negativa com a SF, enquanto que, os estilos de vida e o tempo de toma da medicação estabelecem uma correlação positiva. Porém as variáveis independentes que estabelecem relações significativas com esta subescala são a idade, o IMC, os estilos de vida, a distância do domicílio aos serviços de saúde e o número total de comprimidos (Tabela 15).

Neste modelo de regressão apenas entrou a variável estilos de vida, isto é, das 7 variáveis iniciais, apenas esta se constituiu preditora da SF, explicando 6,7% da variabilidade da mesma (erro padrão de regressão=2,87435).

O teste F é estatisticamente significativo para um nível de confiança de 95%, o que leva à rejeição da nulidade entre as variáveis em estudo e o valor de t sendo significativo indica que os estilos de vida têm poder explicativo na SF (Quadro 11).

O modelo final ajustado para a SF é dado então pela seguinte fórmula: **Satisfação com a Família (SF) = 5,333 + (0,260 estilos de vida)**

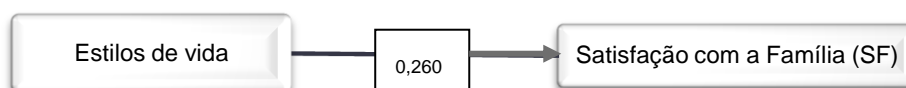


Figura 4 – Síntese das relações entre a SF e as variáveis independentes

H1 d - Existe relação entre a idade, os estilos de vida, a distância do domicílio aos serviços de saúde, o tempo de toma da medicação, o custo da mesma e a dimensão AS.

Na dimensão AS, verificamos que as correlações entre esta subescala e as variáveis independentes são baixas, oscilando entre ($r=0,008$) na distância do domicílio aos serviços de saúde e no número total de comprimidos e ($r=-0,218$) no gasto com a medicação. Aferimos ainda que os estilos de vida, a distância do domicílio aos serviços de saúde e o número total de comprimidos estabelecem uma correlação positiva com as AS, enquanto que, na idade, no IMC, no tempo de toma da medicação e no gasto da medicação a relação é inversa. Apenas a variável independente gasto com a medicação estabelece relação significativa com esta subescala (Tabela 16).

Neste modelo de regressão apenas entrou a variável gasto mensal com a medicação, que explica 4,7% da variabilidade da dimensão AS (erro padrão=2,936). O teste F é estatisticamente significativo para um nível de confiança de 95%, o que leva à rejeição da nulidade entre as variáveis em estudo e o valor de t sendo significativo indica que o gasto mensal com a medicação tem poder explicativo nas AS (Quadro 12).

O gasto mensal com a medicação estabelece uma relação inversa com as AS.

O modelo final ajustado para as Atividades Sociais é dado então pela seguinte fórmula: **Satisfação com as Atividades Sociais (AS) = 10,997 + (-0,218 gasto mensal com a medicação)**

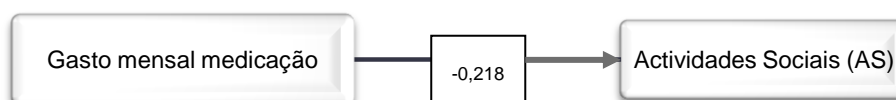


Figura 5 – Síntese das relações entre as AS e as variáveis independentes

H1 e - Existe relação entre a idade, os estilos de vida, a distância do domicílio aos serviços de saúde, o tempo de toma da medicação, o custo da mesma e o Valor Global SSS.

No Valor Global da SSS, constatamos que as correlações entre esta subescala e as variáveis independentes são baixas, oscilando entre ($r=0,021$) no tempo de toma da medicação e ($r=0,298$) nos estilos de vida. Verificamos que, apenas, os estilos de vida e o tempo de toma da medicação estabelecem uma correlação positiva com o Valor Global da SSS, sendo que a idade, o IMC, a distância do domicílio aos serviços de saúde, o número total de comprimidos e o gasto com a medicação estabelecem uma relação negativa. As variáveis independentes que estabelecem relações significativas com esta subescala são a idade, os estilos de vida, a distância do domicílio aos serviços de saúde e o número total de comprimidos (Tabela 17).

A primeira variável a entrar no modelo de regressão, que apresentou um total de 2 passos, foi os estilos de vida, pois como se pode verificar pelas correlações inseridas na tabela anterior, é a que apresenta um maior coeficiente de correlação de Pearson com a variável dependente. Esta variável explica no primeiro modelo 8,9% da variação do Valor Global da SSS, o erro padrão de regressão é de 10,883.

No segundo e último modelo de regressão para além dos estilos de vida entrou a distância do domicílio aos serviços de saúde. Estas variáveis explicam 13,5% da variabilidade do Valor Global da SSS, com uma diminuição do erro estimado para 10,653.

O teste F é estatisticamente significativo para um nível de confiança de 95%, o que leva à rejeição da nulidade entre as variáveis em estudo e o valor de t sendo significativo indica que os estilos de vida e a distância do domicílio aos serviços de saúde têm poder explicativo no Valor Global da SSS.

Finalmente pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que, os estilos de vida são os que apresentam maior valor preditivo, seguido pela distância do domicílio aos serviços de saúde. Das 2 variáveis independentes em estudo, a distância do domicílio aos serviços de saúde estabelece uma relação inversa com a variável dependente (Quadro 13).

O modelo final ajustado para as Actividades Sociais é dado então pela seguinte fórmula: **Valor global da Satisfação com o Suporte Social (valor global SSS) = 29,576 + (0,341 estilos de vida) + (-1,961) distância do domicílio aos serviços de saúde**

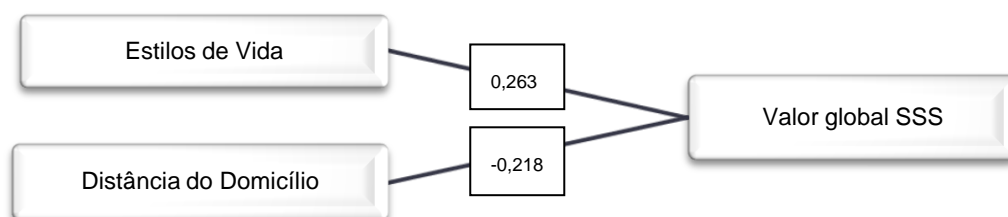


Figura 6 – Síntese das relações entre o valor global da SSS e as variáveis independentes

H2 – Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e a SSS.

H2 a – Existe relação entre o sexo e a SSS.

Com a finalidade de averiguar o efeito da variável sexo na satisfação com suporte social, utilizamos o teste U-Mann-Whitney (Tabela 18).

Analisando as médias constatamos, que o sexo masculino possui maior satisfação com o suporte social do que o sexo feminino, em todas as dimensões da SSS excepto na dimensão AS. Contudo não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), em nenhuma delas, ou seja, não existe relação entre as variáveis testadas.

H2 b – Existe relação entre o estatuto marital e a SSS.

Para testar o efeito da variável estado civil mais concretamente no caso das opções “sem companheiro” e “com companheiro” na SSS utilizámos o teste o teste U-Mann-Whitney (Tabela 19)

A Tabela mostra-nos que os indivíduos com companheiro registam valores mais elevados de satisfação com o suporte social em relação aos indivíduos sem companheiro em todas as dimensões da SSS, excepto na dimensão AS. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas em relação à SSS, salvo na dimensão AS ($p=0,561$) e na dimensão SF ($p=0,077$), ou seja, o facto da pessoa ter ou não companheiro influencia a sua SSS.

H2 c – Existe relação entre as habilitações literárias e a SSS.

Com o intuito de verificarmos o efeito que a variável habilitações literárias tem sobre a satisfação com o suporte social aplicámos o teste Kruskal-Wallis (Tabela 20). Os

indivíduos que possuem o grau de ensino superior são os que apresentam maior suporte social nas dimensões SF, IN e Valor Global da SSS. Os que possuem o grau ensino básico apresentam maior suporte social nas dimensões SA e AS.

No que se refere à SSS, na sua globalidade, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,025$), do mesmo modo verifica-se diferença estatisticamente significativa na dimensão SA ($p=0,004$).

Após a ordenação das médias, foi aplicada o teste ANOVA e o teste Post Hoc (Tukey) para situar as diferenças estatísticas.

Pelo cálculo do coeficiente de determinação, verificamos que a variável habilitações literárias é responsável por 14,30% da variação da SA e 10,19% da variação do Valor Global da SSS.

Na Tabela 21, podemos observar as diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

H2 d – Existe relação entre a situação laboral e a SSS.

Para testarmos o efeito da variável situação laboral na SSS mais concretamente nos casos das opções “activo” e “não activo” aplicámos o teste U-Mann-Whitney (Tabela 22)

Os indivíduos que se encontram profissionalmente activos são os que apresentam maior SSS, contudo, apenas existe diferença estatisticamente significativa na dimensão IN.

Relativamente à **segunda fase do estudo** e com a finalidade de relacionar a SSS com a Adesão ao Regime Terapêutico no doente com SCA, formulámos a seguinte hipótese:

H3 – Existe relação entre a Satisfação com Suporte Social e a Adesão aos Tratamentos.

Para testar o efeito da variável SSS no nível de adesão aos tratamentos foi usada uma análise de regressão.

Analisando a Tabela 23 verificamos que, a correlação entre o Total SSS e a adesão aos tratamentos é muito baixa ($r=0,153$) e apenas a dimensão SF apresenta uma correlação significativa com a adesão aos tratamentos ($p=0,044$).

Efectuando a análise da regressão, conclui-se que na sua globalidade as variáveis não são explicativas do modelo, uma vez que a relação estabelecida não é significativa, pelo que a SSS não influencia a adesão ao regime terapêutico (Quadro 14).

6- DISCUSSÃO

“Tudo deve ser discutido. Sobre isso não há discussão.”

Pitigrilli

Após a apresentação dos resultados torna-se essencial analisá-los e interpretá-los, pelo que, este capítulo permite aos investigadores reflectir sobre o estudo efectuado, realçando os dados mais significativos e confrontá-los com o estado da arte.

6.1- DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Os procedimentos metodológicos utilizados na investigação foram de encontro aos objectivos traçados e às características da amostra seleccionada. Foi eleito como instrumento de recolha de dados o questionário.

Apesar do questionário ser auto-aplicado, devido ao nível educacional da população, foi necessária a presença do investigador no preenchimento dos mesmos, de forma a esclarecer alguns itens, sem, contudo, alterar o sentido das respostas. É evidente que esta metodologia possui algumas desvantagens, nomeadamente, menos liberdade nas respostas em função da presença do entrevistador, risco de distorções, pela influência do aplicador, menos prazo para responder às perguntas e insegurança das respostas por alegada falta de anonimato. Por outro lado o extenso número de variáveis do estudo tornou a colheita de dados demorada e cansativa para os inquiridos.

Foi tido em consideração o momento mais oportuno para a realização da recolha de dados de modo a que houvesse uma maior participação dos utentes. No entanto, convém considerar as limitações inerentes à aplicação de instrumentos de recolha de dados em utentes, em meio hospitalar. Os resultados dependem da honestidade e sinceridade dos respondentes, uma vez que, as respostas são dirigidas aos comportamentos desejáveis e não ao que realmente sucede, por outro lado, o tempo disponível para o preenchimento dos questionários foi condicionado pelo horário da consulta e pelo tempo disponibilizado pelos utentes.

O estudo elaborado sendo transversal apenas avalia o fenómeno da adesão e da SSS no momento da investigação, fornecendo-nos dados imediatos e utilizáveis, como tal, o

seu alcance é mais limitado do que o estudo longitudinal, que permite a recolha de dados de forma periódica no mesmo grupo de doentes com SCA, o que nos permitiria avaliar as mudanças relativas às nossas variáveis no tempo (FORTIN, 2009).

A validade externa de uma investigação está relacionada, entre outros aspectos, com a generalização dos resultados obtidos. Trata-se de saber até que ponto estes resultados, podem ser generalizados para outras situações, o que só seria possível se usássemos uma amostra que fosse representativa e proporcional dos utentes do CHCB, EPE, com SCA e se a amostra tivesse sido seleccionada de forma aleatória (FORTIN, 2009). Face a isto, a investigação foi condicionada às opções metodológicas, o que nos impede de generalizar os resultados, necessitando, também de confirmação de outros estudos do mesmo âmbito, mas com amostras mais alargadas.

Face às limitações de tempo não foi realizado o estudo psicométrico dos instrumentos de recolha de dados, ESSS e MAT, até porque já estavam validados para a população portuguesa. Também não foi realizado o estudo psicométrico do instrumento de avaliação dos Estilos de Vida.

Contudo e apesar das limitações da nossa investigação, consideramos que os resultados obtidos nos permitem adquirir um conhecimento mais efectivo e real da SSS e da adesão terapêutica no doente com SCA, na amostra seleccionada.

6.2- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As principais variáveis em estudo na nossa investigação foram a SSS e a Adesão ao Regime Terapêutico. Contudo, e face à literatura consultada, torna-se igualmente relevante focar a discussão nas outras variáveis estudadas.

A mostra foi constituída por 110 sujeitos com diagnóstico de SCA, 68,2% do sexo masculino e 31,8% do sexo feminino. Isto vai de encontro ao estudo de Lunelli et al (2009), relativo à adesão medicamentosa e não medicamentosa de utentes com doença arterial coronária, em que, numa amostra de 92 sujeitos 64,1% eram do sexo masculino (LUNELLI et al., (2009).

O aumento da esperança de vida verificado nas últimas décadas foi acompanhado por um processo de concentração dos óbitos numa faixa etária, progressivamente, mais estreita e tardia. O impacto das doenças do sistema circulatório é bastante expressivo, na medida em que, se esta causa de morte fosse eliminada, a esperança de vida aumentaria de 81,3 para 86,7 anos nas mulheres e de 74,9 para 78,7 anos nos homens (INE, 2010).

A média de idades foi de 66,31 anos ($dp=9,79$), oscilando entre os 48 e os 89 anos. Os estudos epidemiológicos demonstram que os factores de risco metabólicos das doenças cardiovasculares tendem a aumentar com a idade (ACELAS; OCHOA, 2010). No estudo INTERHEART, a média de idade foi de 60 anos, enquanto que, num estudo para avaliação do risco de SCA, elaborado por Pereira, Santos e Sakae (2010), a média de idades foi de 57,61 ($dp=12,14$) (PEREIRA; SANTOS; SAKAE, 2010).

A maioria dos homens, da nossa amostra, situou-se na classe etária dos 56 aos 65 anos e a maioria das mulheres na classe etária dos 66 aos 75 anos. A média de idade das mulheres foi maior, facto também descrito em outros estudos. As mulheres jovens possuem um menor risco de doença aterosclerótica, baseado na diferença dos níveis hormonais em ambos os sexos, sendo que a reposição hormonal reduz em 50% o risco de desenvolvimento de doença coronária (NAVARRO; CONEGERO, 2002); (AMARANTE et al., 2009).

Como foi referido anteriormente a SCA é uma situação clínica em que existe estreitamento do calibre das artérias coronárias, provocando uma redução do fluxo sanguíneo no músculo cardíaco, este estreitamento pode ser devido aos depósitos ateroscleróticos nas mesmas. Regra geral, esta situação, não causa qualquer sintomatologia até aos 50/70 anos, embora possa atingir adultos jovens (30/40 anos), principalmente se forem fumadores (PORTUGAL, 2009). No nosso estudo 30% dos indivíduos deixaram de fumar e 7,3% fumava todos os dias. Em 2005/2006 a proporção mais elevada de fumadores (32,7%) concentrava-se na faixa etária dos 35 aos 44 anos (INE, 2007).

A maioria dos participantes tinham companheiro (79%), de igual modo, no estudo realizado com doentes com doença arterial coronária, 78,3% eram casados (LUNELLI et al., 2009). De acordo com os censos 2001, a maioria da população residente em Portugal estava casada e da evolução do estado civil dos censos de 1991 para 2001 destaca-se o aumento significativo dos casados sem registo (INE, 2001).

Quanto às habilitações literárias, a maioria dos inquiridos possuía o ensino primário, nível inferior ao encontrado noutros estudos. (Ex. LUNELLI et al., 2010; PEREIRA; SANTOS; SAKAE, 2010). De acordo com um estudo sobre a escolaridade europeia, a escolaridade média portuguesa, apresentava em 2010, a mesma posição que ocupava em 1960. Apesar da escolaridade média ter subido para 6,89 anos, Portugal nunca conseguiu acompanhar os seus parceiros europeus no aumento do nível de qualificações da população activa. Em 2001, a maioria da população tinha apenas completado o 1º ciclo do ensino básico (27,8%) ou não sabia ler nem escrever (26,4%) (INE, 2001).

Sabe-se que o nível educacional de uma população se relaciona com o seu estado de saúde, mais especificamente, existe uma correlação significativa entre a educação dos pais e a saúde dos seus filhos. Indivíduos com melhor nível educacional têm uma situação ocupacional mais elevada, melhores condições habitacionais e estilos de vida mais saudáveis (ROBERT WOOD, 2009).

No que concerne à situação laboral, 79% dos inquiridos encontram-se reformados. Comparando com o estudo realizado por Contreras, Flórez e Herrera (2008) e Lunelli et al (2010) constatamos que este valor é muito elevado (contra 17% e 47,8%, respectivamente) (CONTRERAS; FLÓREZ; HERRERA, 2008) e (LUNELLI et al., 2009). No entanto, quando questionados acerca da limitação física para a sua doença cardíaca, a maioria dos inquiridos refere não ter limitação física para actividades quotidianas. Apenas 5,5% referiu acentuada limitação física para actividades simples.

Quanto ao rendimento mensal 50,9% dos sujeitos recebia um rendimento inferior ao ordenado mínimo nacional, valor que vai de encontro à sua situação laboral e ao nível de escolaridade.

Nos países desenvolvidos existem evidências da associação inversa entre a condição socioeconómica e a doença cardíaca (ISHITANI et al., 2006). A OMS salienta o ciclo vicioso existente entre pobreza e as doenças crónicas. Nos países mais pobres existe um maior risco de desenvolver doenças e morrer precocemente, na medida em que, a população está mais vulnerável, por vários motivos, incluindo maior exposição de risco e menor acesso aos serviços de saúde (WHO, 2005).

No nosso estudo, as mulheres apresentam valores médios de estilos de vida inferiores aos dos homens ($p=0,002$). A maioria das mulheres apresenta estilos de vida equilibrados, refere fazer uma alimentação tão saudável como recomendado e tem “pré-obesidade”, enquanto que, a maioria dos homens apresenta estilos de vida desequilibrados, tem uma alimentação moderadamente saudável e tem, também, “pré-obesidade”.

Apesar do decréscimo do consumo de tabaco e de álcool nos homens e do aumento do seu consumo nas mulheres, os homens continuam a ter níveis de consumo mais elevados que o sexo oposto (INE, 2007).

Os homens e as mulheres, da nossa amostra, apresentam valores de IMC muito semelhantes ($p>0,05$). Estudos concluem que a prevalência da obesidade e da pré-obesidade, medidas através do IMC tem aumentado ao longo dos anos para valores à volta de 14% e 40% respectivamente, sendo superior no sexo feminino (CARMO et al., 2008). No 4º inquérito nacional de saúde (2005/2006), as proporções mais elevadas de excesso de peso e obesidade situaram-se a partir dos 45 anos de idade (INE, 2007).

Relativamente ao número de comprimidos ingeridos mensalmente, os homens apresentam uma média inferior aos apresentados pelas mulheres ($p=0,013$). Como referimos, as mulheres vivem mais que os homens. Este facto pode ser atribuído às diferenças na incidência de doenças que acometem uns e outros. A taxa de doenças letais é maior nos homens do que nas mulheres, nas quais predominam as doenças incapacitantes e crónicas, tais como a hipertensão arterial e a artrite. Daí que, as mulheres apresentem taxas mais altas de morbilidade e de incapacidade, apresentando-se normalmente, como maiores consumidoras de medicamentos.

Segundo o 4º inquérito nacional de saúde (2005/2006), o consumo de medicamentos, nas duas semanas anteriores à entrevista, foi realizado por 52,8% da população, 60,0% nas mulheres e 40,0% nos homens. Os principais motivos deste consumo estão associados à HTA (15,6%), à dor nas articulações (10%) e à redução do nível de colesterol (9,5%). Em termos gerais verifica-se um aumento do consumo de medicamentos com a idade, tanto em homens, como em mulheres (INE, 2007).

A maioria dos sujeitos da nossa investigação, referiu possuir factores de risco para a SCA, dentre estes o colesterol elevado e a HTA foram os mais referenciados, o que vai de encontro ao estudo elaborado por Santos et al (2010), relativo aos factores de risco das doenças coronárias (SANTOS et al, 2010). A HTA é o factor de risco mais significativo no desenvolvimento da doença aterosclerótica cerebral e coronária (MACGREGOR; KAPLAN, 2002).

Todos os indivíduos inquiridos referem tomar medicação para a sua doença cardíaca, nomeadamente estatinas, antiagregantes plaquetários e IECAS. Na ausência de contra-indicações e independentemente do valor base do colesterol LDL todos os doentes devem receber alterações na dieta e iniciar terapia hipolipemiante com inibidores da reductase da HMG-CoA (estatinas). Este tratamento reduz a mortalidade e em doentes com alterações do perfil lipídico devendo ser atingidos valores alvo de colesterol LDL inferiores a 100 mg/dL. De igual modo está, também, indicado o início de terapia antiagregante plaquetária. O papel desta terapia é inibir a activação e agregação plaquetária no processo de formação de trombos. O uso de IECAS também provou ser extremamente benéfico. A sua administração *ad eternum* parece ser benéfica em todos os doentes após um enfarte, na medida em que, estes agentes actuam por um mecanismo que reduz a remodelação ventricular após a lesão do miocárdio (MACEDO; ROSA, 2010).

Quanto à frequência de um programa de reabilitação cardíaca, a maioria dos inquiridos, refere não frequentar. Os utentes que aderem a programas de reabilitação cardíaca apresentam inúmeras mudanças hemodinâmicas, metabólicas, vasculares,

alimentares e psicológicas que estão associadas ao melhor controlo dos factores de risco e ao aumento da qualidade de vida. Nos doentes com SCA, a reabilitação cardíaca reduz a mortalidade cardiovascular e total. Somado a estes serviços os benefícios do custo/efectividade, os programas de reabilitação cardíaca deveriam ser cedidos a todos os doentes (GUIMARÃES et al., 2005).

Em relação à primeira fase do estudo, na qual pretendíamos indagar quais os factores que influenciam a SSS constatámos que:

- O Valor Global da SSS mínimo e máximo, foi, respectivamente de 29 e 75, o que corresponde a uma média de 53,35 (dp=11,35). Relativamente às diferentes dimensões da SSS, o valor mais elevado registou-se na SA (17,6 e dp=4,82) e o menor valor registou-se nas AS (9,16 e dp=2,99).

Num estudo elaborado por Dantas, Peregrino e Garbin (2007), numa amostra de 65 doentes com Insuficiência cardíaca; constatou-se que as fontes mais citadas de apoio social, quer instrumental quer emocional foram os familiares (89,23%), os amigos foram referidos em apenas 27,69% dos casos. (DANTAS; PEREGRINO; GARBIN, 2007). Do mesmo modo, num estudo cujo objectivo foi investigar a configuração da rede de relações sociais de adultos e a satisfação relatada quanto às suas relações, os entrevistados relataram que receberam maior suporte de familiares (RESENDE et al., 2006).

O envelhecimento populacional tem acarretado mudanças nas dinâmicas familiares. Uma dessas mudanças é a maior proporção de famílias com pelo menos um idoso, possibilitando maior convivência intergeracional (17% das mulheres do nosso estudo vive com os filhos). Nesse sentido a família exerce um papel fundamental no bem-estar de seus membros. Num estudo realizado com doentes portadores de insuficiência cardíaca a grande maioria dos apoios recebidos foi proveniente de familiares, amigos e vizinhos (REZENDE; MENDES; SANTOS, 2007).

- Verificámos que o sexo masculino possui maior SSS do que o sexo feminino, em todas as dimensões da SSS excepto na dimensão AS ($p > 0,05$).

Os resultados, no estudo anteriormente citado, não evidenciaram diferenças nos apoios emocional e instrumental entre os participantes do sexo masculino e do feminino (DANTAS; PEREGRINO; GARBIN, 2007). Noutro estudo, cujo objectivo foi avaliar o apoio social e a auto-estima de doentes com doença coronária, segundo o sexo, constatou-se que, os homens relataram receber mais apoio das suas esposas, enquanto as mulheres não referiram o mesmo apoio em relação aos maridos (SILVÉRIO; DANTAS; CARVALHO, 2009). No estudo elaborado por Nogueira (2001), onde se descreveu e analisou a

configuração da rede social na vida adulta, o cônjuge foi apontado como uma importante fonte de apoio por homens de meia-idade (NOGUEIRA, 2001).

As mulheres têm amigos mais próximos e dão mais valor à intimidade e à confiança nas amizades, enquanto que, os homens enfatizam a sua sociabilidade (BELL, 1981 cit por ORNELAS, 2008).

- Quanto ao estatuto marital constatámos que os indivíduos com companheiro registam valores mais elevados de SSS em relação aos indivíduos sem companheiro em todas as dimensões da SSS, excepto na dimensão AS. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas em relação à SSS, salvo na dimensão AS ($p=0,561$) e na dimensão SF ($p=0,077$)

O estatuto marital é consensualmente aceite como um índice gerador de suporte social, na medida em que os papéis maritais conferem compreensão, estima, sociabilidade, bens, aconselhamento e orientação e o suporte social representa grande parte desta função (ORNELAS, 2008). A qualidade do relacionamento conjugal traduz-se em múltiplas vantagens, directamente relacionadas com o plano da intimidade, apoio emocional e harmonia familiar. (COELHO; RIBEIRO, 2000). Os indivíduos casados ou que vivem em união de facto têm um apoio social mais elevado, estando este relacionado com o estado emocional de forma positiva. Morar sozinho pode estar relacionado com o aumento dos reinternamentos em doentes com patologia cardíaca. (DANTAS; PEREGRINO; GARBIN, 2007). Os indivíduos casados ou que vivem acompanhados possuem um maior apoio quando comparados aos que são solteiros, viúvos ou separados, contudo, alguns autores têm defendido a ideia de que o casamento é um factor protector para os homens, mas não para as mulheres (SILVÉRIO; DANTAS; CARVALHO, 2009).

- A variável habilitações literárias é responsável por 14,30% da variação da SA e 10,19% da variação do Valor Global da SSS. Contudo, existiram diferenças significativas apenas nos grupos de escolaridade inferior ao ensino secundário.

No estudo levado a cabo por Dantas, Peregrino e Garbin (2007), concluiu-se que, quanto maior o grau de escolaridade dos sujeitos, mais crítica é a visão do apoio emocional recebido (DANTAS; PEREGRINO; GARBIN, 2007).

- Os indivíduos que se encontram profissionalmente activos são os que apresentam maior SSS, contudo, apenas existe diferença estatisticamente significativa na dimensão IN ($p=0,040$).

Uma situação laboral activa acarreta uma maior percepção de qualidade de vida (MARTINS, 2005). As relações sociais e o suporte social (seja ele qual for, emocional,

instrumental ou informacional) são de grande importância em todos os momentos da vida, e, sendo assim, os comportamentos alteram-se de acordo com as mudanças de objectivos e de acordo com as motivações implementadas pelas tarefas evolutivas (RESENDE et al., 2011). O desempenho de uma actividade profissional, põe o indivíduo em contacto com outros que vivem na mesma comunidade, partilhando interesses, valores e laços de proximidade social (ORNELAS, 2008).

- A idade e os estilos de vida explicam 13,5% da variabilidade da SA.

Os resultados obtidos nas correlações entre o suporte social e a idade, num estudo de factores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em diabéticos, indicaram relações estatisticamente significativas, embora de fraca magnitude. Tais resultados sugerem que os participantes mais idosos avaliaram o suporte social recebido como sendo mais satisfatório do que os sujeitos mais jovens. As experiências acumuladas ao longo da vida fazem com que os idosos lidem melhor com as perdas ocasionadas pelas doenças crónicas (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008). Também no nosso estudo a idade estabelece uma relação inversa com a satisfação com os amigos.

Está actualmente demonstrado que muitos problemas de saúde estão relacionados com os estilos de vida, nos quais se incluem os comportamentos de saúde. Para Boutin-Foster (2005) cit por Abreu-Rodrigues e Seidl (2008), os utentes com falta de suporte social adequado têm maiores dificuldades em aderir a comportamentos que promovam a saúde e o bem-estar. Os tipos de suporte social que mais determinam esta mudança de comportamento são os que facilitam e tornam mais exequível o *empowerment*, os que aliviam situações de stress e os que facilitam a acessibilidade aos serviços de saúde (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

- Os estilos de vida e a distância do domicílio aos serviços de saúde explicam 12,4% da variabilidade da IN e 13,5% da variabilidade do Total SSS.

O fácil acesso aos serviços de saúde tem sido apontado como um dos melhores indicadores da qualidade dos mesmos pelo que, a manutenção ou obtenção de saúde dependem do acesso a bens que conduzem à saúde.

O ambiente socioeconómico, enquanto determinante estrutural da saúde, tem capacidade de condicionar o comportamento em certas condições de vida. Alguns estudos concluem que em áreas de maior coesão e participação social parece haver um maior controlo sobre os comportamentos nocivos à saúde, como o consumo de tabaco e de álcool e, em simultâneo, um incremento dos comportamentos saudáveis, como a prática de exercício físico (OMS, 2008).

- O gasto mensal com a medicação explica 4,7% da variabilidade das AS.

A impossibilidade de utilização dos tempos livres em actividades sociais está condicionada, muitas vezes, pela falta de recursos financeiros (REZENDE; MENDES; SANTOS, 2007).

O custo do tratamento pode ter impacto negativo no acesso e nos ganhos em saúde, na medida em que os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos têm menos capacidade para aceder aos cuidados (FURTADO; PEREIRA, 2010).

Quanto à segunda fase do estudo e relacionando a SSS e a Adesão ao Regime Terapêutico, apurámos que:

Na Adesão ao Regime Terapêutico, o valor mínimo foi de 3,57 e o máximo de 6, que corresponde a uma média de 5,4 ($dp=0,56$). Relativamente à classificação da Adesão ao Regime Terapêutico, 53,6% apresentaram “Boa Adesão”, 27,3% “Baixa Adesão” e 19,1% “Razoável Adesão”. Quanto ao sexo verificámos que, os indivíduos do sexo masculino apresentaram valores médios para a MAT superiores aos do sexo feminino ($p=0,033$). Do mesmo modo, no estudo de Gimenes, Zanetti e Haas (2009), cujo objectivo foi determinar a adesão do doente diabético à terapêutica medicamentosa e verificar a associação da prevalência da adesão, através da MAT, conclui-se que 78,3% dos sujeitos apresentaram adesão ao tratamento e 21,7% não, sendo que a maioria dos aderentes pertenciam ao sexo masculino (85,7%) (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009).

Contudo, num estudo que incidiu sobre os factores de risco da adesão aos tratamentos em doentes com risco cardiovascular, concluiu-se que, 38% dos participantes não cumpriam o regime terapêutico e que as mulheres revelaram-se mais cumpridoras do que os homens (ACELAS; OCHOA, 2010).

Lima, Soler e Meiners (2010), desenvolveram um estudo sobre a adesão ao tratamento em doentes hipertensos. Foram entrevistados 100 utentes, utilizando a MAT, concluindo-se que, 45% tiveram “maior adesão” e 55% “menor adesão”. (LIMA; SOLER; MEINERS, 2010).

Lunelli et al, 2009, no estudo realizado a 92 utentes com doença arterial coronária, referiram que 56,5% foram considerados aderentes (LUNELLI et al., 2009).

- A correlação entre a SSS e a adesão aos tratamentos é muito baixa e apenas na dimensão SF ela é significativa ($p=0,044$). Por outro lado na análise de regressão, conclui-se que na sua globalidade as variáveis não estabelecem uma relação significativa ($p > 0,05$).

O suporte social oferecido a doentes crónicos e a forma como ele é percebido é de extrema importância para o desenvolvimento de novas estratégias de aumento da qualidade de vida e, em simultâneo, de aumento da sua independência. A condição crónica de saúde predispõe dificuldades emocionais que se acentuam com a falta de apoio e afecto por parte dos familiares, o que interfere na adesão ao tratamento. (PEDROSO; SBARDELLOTO, 2008).

Os indivíduos sem apoio, ou mesmo com suporte insuficiente de familiares, amigos e/ou pessoas afectivamente significativas tendem a apresentar mais dificuldades de adesão (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

7- CONCLUSÃO

“Nada há como começar para ver como é árduo concluir.”

Victor Hugo

O ajustamento necessário para lidar com uma ameaça, como adaptar-se a uma doença cardíaca e às suas exigências terapêuticas afectam não só o doente como as pessoas que o rodeiam, daí que, a abordagem destas doenças justifica uma actuação planeada e organizada de todo o sistema de saúde, comunidades e parcerias que tentem não apenas evitar estas doenças, mas, também, reduzir as incapacidades por elas causadas.

A presente investigação veio evidenciar algumas variáveis importantes e relações recíprocas a considerar na interacção do suporte social e no comportamento da adesão ao regime terapêutico instituído, no doente portador de SCA. Os objectivos a que nos propusemos foram alcançados e, apesar das suas limitações, pensamos ter obtido dados de interesse para a amostra em causa.

Este estudo aponta para a necessidade de considerar o meio socioeconómico, do doente com SCA, na sua Satisfação com o Suporte Social. De entre as variáveis estudadas, constatamos que:

- As mulheres possuem estilos de vida mais equilibrados ($p=0,002$) e tomam maior número de comprimidos ($p=0,013$) que os homens.
- Os indivíduos com companheiro possuem maior satisfação com o suporte social em todas as dimensões (SA, $p=0,000$; IN, $p=0,006$; Valor global SSS, $p=0,007$).
- Os indivíduos que possuem o grau de ensino superior são os que apresentam maior suporte social na dimensão valor global da SSS ($p=0,025$) e os que possuem o grau ensino básico apresentam maior suporte social na dimensão SA ($p=0,004$).
- Os estilos de vida são preditores de todas as dimensões da SSS, excepto das AS.
- A idade é preditora da SA.
- A distância do domicílio aos serviços de saúde é preditora da IN e do valor global da SSS.
- O custo com a medicação é preditora das AS.

Em relação à adesão ao regime terapêutico, os resultados apontam para uma amostra com uma “boa adesão” (53,6%), sendo que os homens apresentaram valores para a MAT superiores aos das mulheres ($p=0,033$). Analisando a relação da SSS com a MAT,

apenas a dimensão SF apresentou uma correlação significativa com a adesão aos tratamentos ($p=0,044$).

De acordo com a literatura consultada, verificamos que a falta das relações sociais constitui um factor de risco para a saúde e que as redes sociais são, com frequência, a única possibilidade de ajuda com que se pode contar, além de serem o suporte de ajuda e de alívio da vida quotidiana (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

A convivência entre pessoas favorece os comportamentos de monitorização da saúde e, do mesmo modo, incentiva a adesão ao regime terapêutico, a adopção de estilos de vida saudáveis e a cuidados com a saúde, em geral. É reconhecido actualmente, que a família e os recursos comunitários devem ser encarados como parceiros na equipa de saúde, razão pela qual devem ser aliados no processo de educação terapêutica imprescindível para o tratamento das doenças crónicas.

Sabe-se que o suporte social exerce influência na vida e no prognóstico dos doentes com patologia coronária e que a satisfação com o suporte social recebido torna-se fundamental para a melhoria do quadro clínico e psicológico do doente, o que reforça a necessidade da avaliação e acompanhamento desta variável por parte dos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde devem avaliar a interacção familiar e o tipo de apoio que o doente dispõe, tentando maximizar os comportamentos construtivos e ajudando a minimizar as influências negativas e destrutivas a que por vezes o doente está sujeito.

Acredita-se que a avaliação do suporte social poderá contribuir para a detecção dos sujeitos que terão maior dificuldade em se reabilitar e de aderir ao tratamento instituído e/ou a medidas favoráveis à saúde cardiovascular como a prática de exercício físico, dieta adequada e desabituação tabágica. Pelo que, sugerimos que os enfermeiros deverão incluir a avaliação do suporte social no planeamento dos Cuidados de Enfermagem ao doente com SCA.

O suporte social parece ser um elemento favorecedor do *empowerment*, processo no qual, os indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ter mais controlo sobre os seus próprios destinos. Esta situação implica que sejam adquiridas novas competências, que haja capacidade de encontrar e fortalecer ligações e estruturas entre os indivíduos e o seu sistema social. O *empowerment* não é algo que se adquire no imediato, mas é um processo contínuo de crescimento e fortalecimento dos indivíduos e da comunidade. Nesta, traduz-se pela sua capacidade de organização, pela mobilização dos seus recursos e dos seus membros, pela sua capacidade de resolução dos problemas e pela apresentação de resultados ao nível do bem-estar individual e colectivo.

A oferta de qualquer tratamento, para uma população que não é capaz de entender o objectivo e alcance do mesmo, não é, seguramente, considerada uma estratégia benéfica e eficaz no planeamento da assistência em saúde. Daí que, as avaliações da eficácia dos procedimentos adoptados, assim como a modificação das estratégias que se mostram pouco eficazes, exigem uma capacidade autocrítica por parte das equipas prestadoras de cuidados de saúde. A adesão ao contribuir para a interrupção da progressão do decurso da doença, evitando complicações e prolongando a vida, tem um papel protector da saúde.

A adesão ao tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, requer alterações comportamentais e manutenção dessas mesmas alterações, daí que seja essencial a acção coordenada dos profissionais de saúde e do doente e sua família. Para tal é essencial o desenvolvimento de programas de auto-cuidado que incluam a componente educativa e a componente comportamental, dando ênfase, à educação do doente ou do elemento significativo e facilitador, aos comportamentos desejados, á recompensa e não à culpabilização, ao apoio social e ao seguimento telefónico (OMS, 2004).

Dado que grande parte do tratamento dos doentes cardíacos é realizado no domicílio, os Enfermeiros têm um papel preponderante no processo de melhoria da adesão ao tratamento instituído. Dentre os profissionais de saúde, são eles que mais próximo estão dos utentes. Esta relação de proximidade favorece a educação dos doentes e a alteração dos comportamentos desejados.

A criação de um sistema de gestão sistemática via telefone, é outra das nossas sugestões. Este sistema constitui uma abordagem metódica que visa a realização de cuidados de qualidade de forma contínua, após um episódio de internamento, maximizando a qualidade de vida do doente cardíaco e o controlo do custo dos cuidados. Esta estratégia procura dar resposta às necessidades do utente através do estabelecimento de uma rede integrada de serviços.

O Enfermeiro garante a existência de um acompanhamento sistemático aos utentes, ao familiar ou elemento significativo, que manifestem vontade expressa de aderir ao regime instituído. O enfermeiro que inicia o processo efectua todo o seguimento constituindo-se com Enfermeiro de Referência. Este acompanhamento inicia-se com a avaliação inicial, identificando a rede de apoio existente ou a necessária, identificando necessidades reais e potenciais do indivíduo no domicílio e ou no internamento, se for o caso. É garantido ao doente o estabelecimento de um plano individual de cuidados que contemple estratégias de reabilitação da sua doença cardíaca.

O Enfermeiro de referência assegura a comunicação eficaz com o utente e com a restante equipa de saúde (médico, nutricionista, assistente social, psicólogo). Realiza o

primeiro telefonema 48 horas após a alta, avaliando o estado de saúde do utente, o grau de cumprimento do regime terapêutico instituído, o grau de capacidade funcional atingido, as dificuldades sentidas, a programação das próximas consultas telefónicas e a definição das medidas a efectuar para colmatar as necessidades identificadas. O contacto telefónico do serviço é disponibilizado para qualquer dúvida que possa surgir e o Enfermeiro de Referência fará, também, o acompanhamento do doente durante as consultas médicas programadas, para aferir resultados e mudanças de estratégia a implementar. Todos os dados colhidos serão registados num impresso próprio para o efeito.

Entendemos que, sendo uma estratégia de baixo custo económico, poderá proporcionar o aumento da adesão terapêutica do doente com SCA, na medida em que o utente se sente protegido, estimado e sobretudo apoiado na sua doença e ao mesmo tempo integrado no seu tratamento. Constituíra, também, um ponto de partida para novas investigações nesta área, obtendo-se dados reais e concretos.

Em termos de investigações futuras, os estudos a realizar devem não só medir a adesão, mas também identificar as consequências da não adesão, nomeadamente em termos de consumo de recursos de saúde. Devem ter em conta a concordância do utente com o tratamento, os resultados positivos de saúde e a avaliação dos custos. Para tal, o doente deverá ser acompanhado/seguido pelos profissionais de saúde durante um determinado período de tempo. Em simultâneo, as evidências produzidas devem proporcionar uma verdadeira discussão que sirva para chegar a consensos que se traduzam em benefício dos utentes e em alterações significativas do comportamento de adesão dos mesmos.

Esperamos que este trabalho contribua para o conhecimento das variáveis intervenientes no processo de adesão ao tratamento e na SSS, e sensibilizar os profissionais de saúde para uma abordagem holística do doente com SCA. Só desta parceria do profissional de saúde com o doente, poderão surgir objectivos comuns e exequíveis, que facilitarão as mudanças necessárias à manutenção da saúde do doente crónico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU-RODRIGUES, Marcela; SEIDL, Eliane Maria Fleury - A importância do apoio social em pacientes coronarianos. Paidéia. 2008, 18 (40), p. 279-288.

ABREU-RODRIGUES, Marcela – **Apoio social disponibilizado por cuidadores de pacientes coronários: efeitos de intervenção comportamental**. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia. 2008.

ACELAS, Alba Luz; OCHOA, Ana Maritza – Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Avances en Enfermería. Vol. XXVIII nº 1,(Enero/Junio 2010).

ALLEN, J [et al] – Social support and health behavior in hostile blacks and white men and women in CARDIA. Psychosomatic Medicine, 2001, (63) p. 609-618

ALMEIDA, José Paulo Correia de – **Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com Diabetes Tipo 1**. Braga: Universidade do Minho, Departamento de Psicologia. 2003.

ALMEIDA, Leandro; FREIRE, Teresa – **Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação**. Braga. 2003.

AMARANTE, [et al], Representa o sexo feminino um fator de risco para a revascularização do miocárdio (RM) em nosso meio? Revista Faculdade Ciências Médicas Sorocaba. 2009: 11: p. 12-15.

ANDRADE, Gabriela; VAITSMAN, Jeni – Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde; Ciência e Saúde Coletiva. 2002, 7(4): p. 925-934.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL – **Declaração de Helsínquia** [Em linha]. Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000 [consult. 20 Out. 2011]. Disponível em WWW: URL: http://iprexole.com/pdfs/Declaration_of_Helsinki_Portuguese.pdf

ASSUNÇÃO, Thaís Silva; URSINE, Priscila Guedes – Estudo de fatores associados á adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de Diabetes Mellitus assistidos pelo

programa saúde da família. Ventosa: Belo Horizonte. Ciência e Saúde Coletiva. 2008, 13 (Sup 2): p. 2189-2197.

BENNETT, P. - **Introdução Clínica à Psicologia da Saúde**. Manuais Universitários. Climepsi Editores. Lisboa: 2002.

BRUMMETT, B. [et al] – Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk of mortality. Psychosomatic Medicine. 63, 2001, p. 267-272.

BUGALHO, António; CARNEIRO, António Vaz – **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas**. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. 2004.

CAMARNEIRO, Ana Paula Forte – Em Torno da Adesão aos Protocolos Terapêuticos. Referencia nº 9. (Novembro 2002); p. 25-30.

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

CARMO, I [et al] – **Obesidade em Portugal e no Mundo**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2008.

CASTRO, Renata [et al] – Directrizes de Reabilitação Cardíaca. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Volume 84, Nº 5, Maio, 2005.

CHOW, Clara, K. [et al] - Association of Diet, Exercise, and Smoking Modification With Risk of Early Cardiovascular Events After Acute Coronary Syndromes [Em linha] [Consult. 20 Out. 2011] Disponível em: WWW: URL: <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00139815>. Unique identifier: NCT00139815.

COELHO, Manuela; RIBEIRO, José – A influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. Psicologia, Saúde & Doenças. 2000, 1 (1), p. 79-87

CONTRERAS, Astrid; FLÓREZ, Inna; HERRERA, Arleth – Un instrumento para avaliar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. Avances en Enfermería. (Julio-Diciembre 2008). 26 (2): p.33-40.

DANTAS, Rosana; PELEGRINO, Viviane; GARBIN, Livia - Avaliação do suporte social e sua relação com variáveis sócio-demográficas de pacientes em insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. Ciência, Cuidado e Saúde. Vol. 6, 2007, p. 456-462.

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

DIAS, António Madureira, [et al] – Adesão ao Regime Terapêutico na doença crónica: revisão da literatura; Millenium, 2011, 40: p. 201-219.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. [Em linha]. 2011. [Consult. Jun. 2011]. Disponível em WWW: URL: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/>.

DIMATTEO, M. Robin - Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. Health Psychology. Vol. 23, Nº 2, 2004, p.207-218.

DÓREA, Egídio Lima; LOTUFO, Paulo Andrade - *Framingham Heart Study* e a teoria do contínuo de Pickering: duas contribuições da epidemiologia para a associação entre pressão arterial e doença cardiovascular. Revista Brasileira Hipertensão. 2001, 8: p. 195-200.

FORTIN, Marie-Fabienne - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência, D. L. 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5

FROTA, Arlinda Chaves - **Obesidade: uma doença crónica ainda desconhecida**; Lisboa: Ministério da Saúde, Janeiro 2007.

FURTADO, Cláudia; PEREIRA, João - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde; Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, (Julho 2010).

GRIEP, Rosane, [et al] - Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro. (maio/junho, 2005) 21 (3): p.703-714.

GOODMAN; GILMAN – As Bases Farmacológicas da Terapêutica [Em linha]. 10ªed. Mc Graw Hill, 2005 [consult. 20 Out. 2011]. Disponível em WWW: URL: http://www.ebah.com.br/content/ABAAAy_kAA/nao-adesao-ao-tratamento-farmacologico.

GUIMARÃES, Jorge; [et al] – Diretriz de Reabilitação Cardíaca. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Vol. 84, Nº 5, (Maio 2005)

GUIMENES, Heloisa Turcatto; ZANETTI, Maria Lúcia; HAAS, Vanderlei José – Factores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. Revista Latino-americana Enfermagem. (janeiro-fevereiro, 2009): 17(1).

HURTADO, Nelson Fernando – Reabilitação pós enfarte agudo do miocárdio. [Em linha] Recife: Hospital Alfa; Junho 2008; [Consult 20 Jun. 2011]. Disponível em WWW: URL: http://200.220.14.51/sbhci/aulas/xxx_cong_sbhci/19.06_15h00_NelsonRibeira.pdf.

HO, PM; BRYSON, CL; RUMSFELD, JS - Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. Circulation. (Junho, 2009), 16; 119 (23): p. 3028-35.

HORNE, R - Compliance, Adherence and Concordance: Implications for Asthma Treatment. CHEST. 2006; 130: p.65-72

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Censos 2011: resultados definitivos: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação**; Lisboa: INE, 2001; ISBN 972-673-610-2.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Inquérito nacional de saúde – 2005 / 2006**; Lisboa: INE e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. ISSN 1646-4052. 2007. ISBN 978-972-673-845-8.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Indicadores Sociais**; Lisboa: INE, I.P. 2010. ISBN 978-989-25-0054-6.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. [Em linha]. s/d. [Consult. Jun. 2011]. Disponível em WWW: URL: http://www.ine.gov.mz/censos_dir/recenseamento_geral/estudos_analise/estado.

ISHITANI, Lenice [et al] - Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. Revista Saúde Pública. 2006. 40(4): p.684-91.

KNOBEL, Elias - **Condutas no Paciente Grave**. São Paulo: Editora Atheneu, 3ª Ed. 2006.

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

LETT, H. [et al] – Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. Health Psychology. 26, 2007, p.418-127.

LIMA, Tácio; SOLER, Orenzio; MEINERS, Micheline – Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém. Brasil: Pará, Amazônia. Revista Pan-Amaz Saúde. ISSN 2176-6223. Vol.1 Nº 2 Ananindeua (Junho, 2010).

LUNELLI, Rosana Pinheiro, [et al] – Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. Acta Paulista Enfermagem. 2009; 22(4); p. 367-73.

MACEDO, António; ROSA, Fernando - O Síndrome Coronário Agudo nos Cuidados de Saúde Primários; Artigo de Revisão. Acta Medica Portuguesa. II Série, Vol. 23 Nº 2, (Março/Abril 2010), p. 213-222.

MAIA, Conceição – Adesão à terapêutica: aspectos práticos em medicina familiar. Factores de Risco. Vol. 3, Nº11; 2008, p. 42-45.

MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros**. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho. 2009.

MACGREGOR, G.; KAPLAN, N. – **Hipertensão**. Porto: Medisa. 2ª Ed., 2002.

MACIEL, Maria Eunice; MENASCHE, Renata - **Alimentação e Cultura, Identidade e Cidadania. O Brasil Tem Fome de Quê?** [Em linha] (Novembro, 2004) [Consult. Jul. 2011]. Disponível em WWW:URL: <http://elianarebecadidio.wordpress.com/2010/05/01/alimentacao-e-cultura-identidade-e-cidadania-o-brasil-tem-fome-de-que/>

MAROCO, João Paulo - Análise Estatística com a utilização do SPSS. 3ª Ed. Silabo. Lisboa. 822 p. ISBN: 978-972-618-452-2.

MARTINS, Catarina de Sousa – **Impacto do suporte social e dos estilos de coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus**. Braga: Universidade do Minho. 2005

MARTINS, Rosa Lopes – A Relevância do apoio social na velhice; Educação, Ciência e Tecnologia; s/d; p. 128-134

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. - O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. Vol. 10, Nº 5, (Setembro/Outubro, 2002), p. 675-681.

MALDENER, Cláudia Regina, [et al] – Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crónica: o doente em terapia hemodialítica. Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre. (Dezembro 2008); 29(4): p. 647-53.

MENDOZA, Quispe; FARO, Mancussi – Suporte Social do idoso cirúrgico: Revisão Bibliográfica. Enfermería Global. ISSN 1695-6141. Nº 15, (Febrero, 2009).

MORGADO, Manuel; ROLO, Sandra; CASTELO-BRANCO, Miguel – Pharmacist intervention program to enhance hypertension control: a randomised controlled trial. Int J Clin Pharm. (january, 2011).

NARCISO, Argéria Maria Serraglio; PAULILO, Maria Angela Silveira – Adesão e AIDS: alguns factores intervenientes. Serviço Social Revista. Londrina. Vol. 4, Nº 1, (julho./dezembro. 2001): p. 27-43.

NAVARRO, Siléa; CONEGERO, Celso – Os factores de risco da doença aterosclerótica. Arquivo Ciências Saúde Unipar. 6(3): (setembro/dezembro, 2002).

NOGUEIRA, E. J. - **Rede de relações sociais: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários**. Campinas: Faculdade de Educação: UNICAMP. 2001

NUNES, Emília - Consumo de tabaco: Efeitos na saúde. Revista Portuguesa Clínica Geral. 2006; 22: p. 225-44

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – [Em linha]. [Consult. Jul. 2011]. Disponível em WWW:URL: <http://www.observaport.org/glossary/2/lettera#term60>

OBSERVATÓRIO DO EMPREGO PÚBLICO (OBSEP) – Glossário de Termos Estatísticos: conceitos, definições e classificações em uso nas publicações do OBSEP [Em linha]. Direcção Geral da administração e do emprego público. (Setembro, 2009). [Consult. Jul. 2011]. Disponível em WWW:URL: http://www.dgap.gov.pt/upload//OBSEP/Glossario/OBSEP_Glossario_Set09.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento (CIPE)**. (Abril, 2009). ISBN 978-989-96021-1-3.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción**. 2004. ISBN 92 75 325499.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health [Em linha]. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2008 [Consult. 11 Nov. 2011]. Disponível em WWW: URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

ORNELAS, José – Psicologia Comunitária. Fim de Século. Edições Sociedade Unipessoal Lda. Lisboa. 2008. ISBN978-972-754-256-7.

PAPROCKI, Jorge – Adesão ao tratamento farmacológico em Psiquiatria [Em linha] Jornal O Risco da AMP. Dezembro 2009. [Consult em Jun. 2011]. Disponível em WWW: URL:http://www.jorgepaprocki.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=268:adesao-ao-tratamento-farmacologico-em-psiQUIATRIA&catid=25:publicacoes&Itemid=294.

PEREIRA, Alexandre – Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia. Edições Sílabo Lda. 7ª Ed. Lisboa. 2008. ISBN 978-972-618-510-9.

PEREIRA, Márcia; SANTOS, Aline; SAKAE, Thiago - *Escore thrombolysis in myocardial infarction* para avaliação de risco em síndrome coronariana aguda em hospital particular no Sul do Brasil. Revista Brasileira Clínica Med. 2010;8(4): p. 311-5

PEREIRA, Maria da Graça Pereira; ARAÚJO-SOARES, Vera; MCINTYRE Teresa – Satisfação dos utentes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. Psicologia, Saúde & Doenças. 2001, 2 (2), p. 69-80

PEDROSO, Rosemeri; SBARDELLOTO, Gabriela – Qualidade de Vida e Suporte Social em pacientes renais crónicos: Revisão Teórica. Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte. Ano 4, Nº7, (Fevereiro/Julho, 2008).

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - *Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS.* 5ª Ed. rev. e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. 692 p. ISBN 978-972-618-498-0

PINHEIRO, M. – **Uma época especial: suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior.** Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. 2003. 499 p.

PIRES, Maria José – **Factores de Risco da Doença Coronária e Qualidade de Vida.** Lisboa: Universidade Aberta. 2009.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares.** Lisboa: Ministério da Saúde, 2003.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – **Plano de Acção para a Saúde 2004: Áreas prioritárias.** Lisboa: Ministério da Saúde, 2004.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde – **Como se diagnostica a obesidade?** [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. 2005 [Consult. Ag. 2011]. Disponível em
WWW:URL:<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/obesidade/comosediagnosticaaobesidade.htm>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde – **Doenças Cardiovasculares** [Em linha] Lisboa: Ministério da Saúde. 2009 [Consult Mar. 2011] Disponível em WWW: URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/doencascardiovasculares.htm>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde – **Problemas ligados ao álcool** [Em linha] Lisboa: Ministério da Saúde. 2011 [Consult. Ag. 2011]. Disponível em WWW: URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/estilos+de+vida/alcoolismo.htm>

PÚBLICO - **Escolaridade média dos portugueses é a segunda pior da OCDE.** [Em linha]. 2010. [Consult. em Jul. 2011]. Disponível em WWW: URL: http://www.publico.pt/Educa%C3%A7%C3%A3o/escolaridade-media-dos-portugueses-e-a-segunda-pior-da-ocde_1439692.

RAMOS, N. - **Psicologia Clínica e da Saúde**. Lisboa: Universidade Aberta, Lisboa 2004.

RESENDE, Marineia [et al] - Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos [Em linha]. Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, MG (Brasil). [Consult. 30 Abr. 2011]. Disponível em WWW:URL: F:\Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos.mht

REZENDE, L.K.; MENDES, I.J.M.; SANTOS, B.M.O. - Suporte social para idosos portadores de insuficiência cardíaca. Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. ISSN 1808-4532. Vol. 28, Nº1, 2007, p.107-11.

RIBEIRO, José Luís Pais - Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Análise Psicológica. 3 (XVII): 1999, p. 547-558.

ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION COMMISSION TO BUILD A HEALTHIER AMERICA - Education Matters For Health: Issue brief 6: education and health [Em linha] september 2009 [Consult. 1 Out. 2011]. Disponível em <http://www.commissiononhealth.org/PDF/c270deb3-ba42-4fbd-baeb-2cd65956f00e/Issue%20Brief%206%20Sept%2009%20-%20Education%20and%20Health.pdf>

RODRIGUES, Vera de Brito – **Satisfação com o suporte Social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: estudo exploratório**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de ciências Humanas e Sociais. 2008.

SANTOS, Ferreira José [et al.] - Registo nacional de síndromes coronárias agudas: sete anos de actividade em Portugal. Revista Portuguesa de Cardiologia. 2009; 28: p. 1465-1500.

SANTOS, Jefferson; PLEWKA, Jony, BROFMAN, Paulo - Qualidade de Vida e Indicadores Clínicos na Insuficiência Cardíaca: Análise multivariada. Arquivo Brasileiro Cardiologia. 2009, 93(2): p.159-166.

SANTOS, José - Association of Diet, Exercise, and Smoking Modification With Risk of Early Cardiovascular Events After Acute Coronary Syndromes. Circulation. 2010; 121: p. 750-8.

SECO, Graça Maria, [et al] - **Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões**. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria. MX3 - Artes Gráficas, Lda. 2005. ISBN 972-8793-02-2

SILVÉRIO, Camila; DANTAS, Rosana; CARVALHO, Ariana – Avaliação do apoio social e da auto-estima por indivíduos coronariopatas. Revista Escola Enfermagem USP. 2009, 43(2): p. 407-14.

SIQUEIRA, Mirlene Maria – Construção e validação da escala de percepção de suporte social; Psicologia em Estudo. Maringá. Vol. 13, Nº 2; (abril/junho 2008), p. 381-388.

SOUSA, M. R. M. G. Correia De - **Estudo dos Conhecimentos e representações de doença associados à Adesão Terapêutica nos Diabéticos Tipo 2**. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho; 2003.

SOUSA, Salete [et al] – Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. Revista Portuguesa Clínica Geral. 2011; 27: p.176-82.

TEIXEIRA, José A. Carvalho; CORREIA, Ana Rita - Fragilidade social e psicologia da saúde: Um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. Análise Psicológica. 3 (XX): 2002, p.359-365

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **Preventing chronic disease: a vital investment: WHO global report**. Geneva: World Health Organization, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – **Body Mass Index**. [em linha]. (2008). [Consult. Agos. 2011]. Disponível em WWW:<
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
Média	63,84		71,6		66,31	
Desvio Padrão	8,85		9,72		9,79	
Classes das idades						
[45-55 anos]	14	18,7	3	8,6	17	15,5
[56-65 anos]	30	40,0	5	14,3	35	31,8
[66-75 anos]	23	30,7	15	42,9	38	34,5
≥76 anos	8	10,7	12	34,2	20	18,2
Estado Civil						
“Solteiro”	0	0,0	1	2,9	1	0,9
“Casado”	66	88,0	19	54,3	85	77,3
“Viúvo”	5	6,7	13	37,1	18	16,4
“Divorciado”	2	2,7	2	5,7	4	3,6
“União de Facto”	2	2,7	0	0,0	2	1,8
Classe de Estatuto Marital						
“Sem companheiro”	7	9,3	16	45,7	23	20,9
“Com companheiro”	68	90,7	19	54,3	87	79,1
Coabitação - com quem vive						
“Sozinho”	6	8,0	5	14,3	11	10,0
“Com o Cônjuge”	52	69,3	17	48,6	69	62,7
“Com os filhos e cônjuge”	14	18,7	7	20,0	21	19,1
“Com os filhos”	0	0,0	6	17,1	6	5,5
“Família Alargada”	3	4,0	0	0,0	3	2,7
“Habilitações Literárias”						
“Não sabe ler nem escrever”	2	2,7	16	45,7	18	16,4
“Ensino Primário”	39	52,0	10	28,6	49	44,5
“Ensino Básico”	16	21,3	3	8,6	19	17,3
“Ensino Secundário”	15	5,7	2	5,7	17	15,5
“Ensino Superior”	3	4,0	4	11,4	7	6,4
Residência						
“Aldeia”	16	21,3	7	20,0	23	20,9
“Vila”	16	21,3	5	14,3	21	19,1
“Cidade”	43	57,3	23	65,7	66	60,0
Situação Laboral						
“Empregado”	12	16,0	4	11,4	16	14,5
“Desempregado”	3	4,0	2	5,7	5	4,5
“Baixa Médica”	2	2,7	0	0,0	2	1,8
“Reformado”	58	77,3	29	82,9	87	79,1
Profissão						
“Quadros Superiores de Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa”	1	8,3	2	50,0	3	18,8
“Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio”	0	0,0	1	25,0	1	6,3
“Pessoal Administrativo e Similares”	4	33,3	1	25,0	5	31,3
“Pessoal dos Serviços e Vendedores”	2	16,7	0	0,0	2	12,5
“Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem”	1	8,3	0	0,0	1	6,3
“Trabalhadores Não Qualificados”	4	33,3	0	0,0	4	25,0
Rendimento Mensal						
“Inferior a 485 euros”	33	44,0	23	65,7	56	50,9
“Entre 485 e 970 euros”	26	34,7	6	17,1	32	29,1
“Entre 970 e 1455 euros”	9	12,0	1	2,9	10	9,1
“Superior a 1455 “	7	9,3	5	14,3	12	10,9

APÊNDICE 2

Instrumento de recolha de dados



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 1º 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 *Adesão Terapêutica do Doente com Doença Cardíaca Isquémica (DCI)*. 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.

A. VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

1- Idade (ID): ____ anos	5- Residência (RS): <input type="checkbox"/> Aldeia (1) <input type="checkbox"/> Vila (2) <input type="checkbox"/> Cidade (3)
2- Sexo (SX): <input type="checkbox"/> Masculino (1) <input type="checkbox"/> Feminino (2)	6- Situação laboral (SL): <input type="checkbox"/> Empregado (1) <input type="checkbox"/> Desempregado (2) <input type="checkbox"/> Baixa médica (3) <input type="checkbox"/> Reformado (4)
3- Estado Civil (EC): <input type="checkbox"/> Solteiro (1) <input type="checkbox"/> Casado (2) <input type="checkbox"/> Viúvo (3) <input type="checkbox"/> Divorciado (4) <input type="checkbox"/> União de facto (5)	6-a) Profissão (PR): _____
4- Habilitações literárias (HL): <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever (1) <input type="checkbox"/> Ensino primário (2) <input type="checkbox"/> Ensino básico (3) <input type="checkbox"/> Ensino secundário (4) <input type="checkbox"/> Ensino superior (5) <input type="checkbox"/> Mestrado (6)	7- Rendimento bruto mensal (RM): <input type="checkbox"/> Inferior a 485 € (1) <input type="checkbox"/> Entre 485 a 970 € (2) <input type="checkbox"/> Entre 970 a 1455 € (3) <input type="checkbox"/> Superior 1455 a 1940 € (4) <input type="checkbox"/> Superior a 1940 € (5)

B. VARIÁVEIS SOCIOFAMILIAR**1 - Com quem vive:**

- Sozinho (1) Com cônjuge e filhos (3) Família alargada (5)
 Com cônjuge (2) Com filhos (4)

2 - ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS)

(Pais Ribeiro, 1999)

	Concordo Totalmente (1)	Concordo na maior parte (2)	Não Concordo Nem Discordo (3)	Discordo na maior parte (4)	Discordo Totalmente (5)
1) Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio (SS1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria (SS2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria (SS3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer (SS4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer (SS5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas (SS6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam (SS7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.) (SS8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família (SS9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família (SS10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família (SS11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho (SS12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos (SS13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos (SS14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho (SS15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. ESTILOS DE VIDA

<p>1- Medidas antropométricas: Peso _____ Kg (PESO) Altura _____ cm (AL)</p> <p>2- Costuma ingerir bebidas alcoólicas? (IBAL) <input type="checkbox"/> Não (1) <input type="checkbox"/> Sim, só nas festas (3) <input type="checkbox"/> Sim, todos os dias (5) <input type="checkbox"/> Sim, raramente (2) <input type="checkbox"/> Sim, ao fim de semana (4)</p> <p>4- Pratica exercício físico? (PEF) <input type="checkbox"/> Não (1) <input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p>4- a) Quantas vezes? (Frequência) (FEF) <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Ocasionalmente (5) <input type="checkbox"/> 1 vez por semana (4) <input type="checkbox"/> 2-3 vezes por semana (3) <input type="checkbox"/> 4-5 vezes por semana (2) <input type="checkbox"/> 6-7 vezes por semana (1)</p> <p>4- b) Duração de cada sessão (DEF) <input type="checkbox"/> Nada(5) <input type="checkbox"/> Menos de 25 minutos (4) <input type="checkbox"/> 25-35 minutos (3) <input type="checkbox"/> 35-45 minutos (2) <input type="checkbox"/> Mais de 45 minutos (1)</p> <p>4-c) Refira qual ou quais as actividades que pratica? (EP)</p>	<p>2-a) Qual a quantidade de bebidas alcoólicas que bebe habitualmente? (QBAL) <input type="checkbox"/> Nenhuma (1) <input type="checkbox"/> Até 2 litros (4) <input type="checkbox"/> 1-2 Copos (2) <input type="checkbox"/> Mais de 2 litro (5) <input type="checkbox"/> Até 1 litro (3)</p> <p>3- Costuma fumar habitualmente? (FHAB) <input type="checkbox"/> Nunca fumei (1) <input type="checkbox"/> Já experimentei, mas nunca fui fumador (2) <input type="checkbox"/> Já fumei mas parei (3) <input type="checkbox"/> Ocasionalmente (4) <input type="checkbox"/> Ocasionalmente (5) <input type="checkbox"/> Fumo todos os dias menos de 5 cigarros por dia (6) <input type="checkbox"/> Fumo todos os dias entre 5-10 cigarros por dia (7) <input type="checkbox"/> Fumo todos os dias mais de 10 cigarros por dia (8)</p> <p>5-Quando pensa no tipo de alimentação que tem, como crê que seja? (TALIM) <input type="checkbox"/> Muito saudável (1) <input type="checkbox"/> Tão saudável como o recomendado (2) <input type="checkbox"/> Moderadamente saudável (3) <input type="checkbox"/> Ligeiramente saudável (4) <input type="checkbox"/> Pouco saudável ou nada saudável (5)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7 - Durante uma semana normal, com que frequência toma: (FREF)

	Todos os dias (1)	4-6dias na semana (2)	1-3dias na semana (3)	Nunca ou quase nunca (4)
Pequeno-almoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meio da manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Almoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merenda/lanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.1 - Durante uma semana normal, com que frequência consome os seguintes alimentos: (FAL)

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

8 - Considera que sofre de stress diariamente? (STRESS)

- Não (1)
- Sim (2)

D. VARIÁVEIS RELACIONADAS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE			
<p>1-Distância do domicílio ao Hospital /Centro de Saúde _____ Km (DDH)</p> <p>2- Acessibilidade aos serviços de saúde: (ACE)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transporte Próprio (1) <input type="checkbox"/> Transporte de Familiares/Vizinhos (2) <input type="checkbox"/> Transporte Público (3) <input type="checkbox"/> Táxi (4) <input type="checkbox"/> A pé (5) <p>3- Tem dificuldade em se deslocar ao local da sua consulta? (DIF)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não (1) <input type="checkbox"/> Sim, porque a distância é grande para ir a pé (2) <input type="checkbox"/> Sim, porque tem afazeres domésticos, casa ou filho (3) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim, devido ao custo financeiro do transporte (4) <input type="checkbox"/> Sim, porque necessita de acompanhante (5) <input type="checkbox"/> Sim, porque não pode faltar ao trabalho (6) </td> </tr> </table> <p>4- Qual é o seu acompanhamento médico para a doença cardíaca? (AMED)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Médico de família (1) <input type="checkbox"/> Médico particular (2) <input type="checkbox"/> Cardiologista do Hospital (3) <input type="checkbox"/> Medicina Intensiva do Hospital (4) <input type="checkbox"/> Medicina Interna do Hospital (5) <p>5- Qual a periodicidade das consultas (relacionadas com a doença)? (PC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mensal (1) <input type="checkbox"/> Trimestral (2) <input type="checkbox"/> Semestral (3) <input type="checkbox"/> Anual (4) <input type="checkbox"/> Bianual (5) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não (1) <input type="checkbox"/> Sim, porque a distância é grande para ir a pé (2) <input type="checkbox"/> Sim, porque tem afazeres domésticos, casa ou filho (3) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim, devido ao custo financeiro do transporte (4) <input type="checkbox"/> Sim, porque necessita de acompanhante (5) <input type="checkbox"/> Sim, porque não pode faltar ao trabalho (6) 	<p>6- Quanto ao número de consultas, considera que: (NC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Está adequado (1) <input type="checkbox"/> Deveria ter mais consultas (2) <input type="checkbox"/> Deveria ter menos (3) <p>7-Frequenta as consultas quando são marcadas? (FC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sempre (1) <input type="checkbox"/> Quando sente necessidade (2) <input type="checkbox"/> Raramente (3) <p>8- Frequenta um programa de Reabilitação Cardíaca? (FPRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não (1) <input type="checkbox"/> Sim (2) <p>9- Como é o seu relacionamento com o(s) Enfermeiro(s)? (RE)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bom (1) <input type="checkbox"/> Mau (2) <input type="checkbox"/> Indiferente (3) <p>10- Como é o seu relacionamento com o(s) Médico(s)? (RMED)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bom (1) <input type="checkbox"/> Mau (2) <input type="checkbox"/> Indiferente (3) <p>11- Qual o profissional de saúde lhe dá informações acerca da sua doença cardíaca e seu tratamento? (PINF)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Médico (1) <input type="checkbox"/> Enfermeiro (2) <input type="checkbox"/> Farmacêutico (3)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não (1) <input type="checkbox"/> Sim, porque a distância é grande para ir a pé (2) <input type="checkbox"/> Sim, porque tem afazeres domésticos, casa ou filho (3) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim, devido ao custo financeiro do transporte (4) <input type="checkbox"/> Sim, porque necessita de acompanhante (5) <input type="checkbox"/> Sim, porque não pode faltar ao trabalho (6) 		

1- Responda de acordo com a sua limitação física relacionada coma Doença Cardíaca Isquémica (seleccione apenas uma afirmação) (LF)

- Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras (1)
- Limitação física para actividades quotidianas (andar rápido, subir escadas, carregar compras) (2)
- Acentuada limitação física para actividades simples (tomar banho, se vestir, higiene pessoal) (3)
- Confortável somente no repouso (4)
- Severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso (5)

(Classificação Funcional, NYHA)

APÊNDICE 3

Operacionalização das variáveis referentes à componente sociodemográfica.

- Idade
- Sexo
- Estado Civil
- Habilitações Literárias
- Situação Laboral
- Profissão
- Rendimento Mensal
- Residência
- Coabitação

Idade

Definida como o número de anos que uma pessoa conta desde o seu nascimento até à período em que se está. (DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA (DLP), 2011). Esta variável foi medida por uma questão aberta, tendo sido considerada a idade dos participantes no dia da avaliação. Na análise descritiva foi operacionalizada em classes, a fim de permitir uma melhor apresentação e análise. (45-55 anos, 56-65 anos, 66-75 anos,> 76 anos).

Sexo

Segundo o dicionário da língua portuguesa entende-se por sexo o conjunto de características físicas e funcionais que distinguem o homem da mulher. (DLP, 2011). A variável sexo, foi medida por uma questão fechada e foi operacionalizada como uma variável nominal dicotómica, possuindo apenas duas categorias: Masculino e Feminino.

Estado Civil

O estado civil é uma característica social e demográfica da sociedade, abrangendo aspectos biológicos, sociais, legais e até religiosos. É a situação de uma pessoa em relação ao matrimónio ou à sociedade conjugal. (INE, s/d). Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada e operacionalizada como uma variável nominal de 5 níveis (solteiro, casado, viúvo, divorciado e união de facto)

Para facilitar a análise, esta variável foi codificada em dois níveis: “com companheiro”, que engloba os casados e em união de facto e “sem companheiro”, que engloba os solteiros, viúvos e divorciados, constituindo as classes de estatuto marital.

Habilitações Literárias

Definida como o conjunto de qualificações académicas (DLP, 2011). Esta variável foi medida através de uma pergunta fechada e tratada como uma variável nominal de 4 opções de escolha. Na análise estatística foi operacionalizada em: “não sabe ler nem escrever”, “ensino primário”, “ensino básico”, “ensino secundário e ensino superior”.

Situação Laboral

Esta variável foi avaliada por uma questão fechada e tratada como uma variável nominal de 4 opções. Na análise estatística foi operacionalizada em: “empregado”, “desempregado”, “baixa médica” e “reformado”.

Para facilitar a análise, esta variável foi codificada em dois níveis: “activo”, que engloba os empregados e “não activo”, que engloba os desempregados, os com baixa médica e os reformados.

Profissão

Considera-se como “profissão de um indivíduo, o ofício ou a modalidade de trabalho, remunerado ou não, a que corresponde um determinado título ou designação profissional, (...)” (OBSEP, 2009). Esta variável foi medida através de uma pergunta aberta. Optamos por agrupar a profissão por sectores devido à grande variedade de actividades profissionais de forma a possibilitar a caracterização da amostra em estudo, segundo a Classificação Nacional de Profissões do Instituto Emprego e Formação Profissional (s/d):

- Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa.
- Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas.
- Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio.
- Pessoal Administrativo e Similares.
- Pessoal dos Serviços e Vendedores.
- Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas.
- Operários, Artífices e Trabalhadores Similares.
- Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem.
- Trabalhadores Não Qualificados.

Rendimento Mensal

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada, com 5 possibilidades de resposta: “menos de 485 euros”, “entre 485 e 970 euros”, “entre 970 e 1455 euros”, “superior a 1455 euros”.

Residência

A variável residência foi avaliada através de uma questão fechada com 3 tipos de resposta: “aldeia”, “vila” e “cidade”.

Coabitação

Entende-se por coabitação a situação das pessoas que vivem em comum. (DLP, 2011). Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta “com quem vive?” e na análise estatística foi operacionalizada: “sozinho”, “com o cônjuge”, “com os filhos e conjugue”, “com o s filhos” e “família alargada”.

APÊNDICE 4

Operacionalização das variáveis referentes aos estilos de vida

- Percepção do Tipo de Alimentação
- Alcoolismo
- Tabagismo
- Exercício Físico
- Tipo de Alimentação
- Stress

Estilos de Vida

Entende-se por estilos de vida saudáveis, as formas de vida, baseadas em padrões identificáveis de comportamentos que contribuem para promover a saúde e prevenir a doença (PORTUGAL, 2004).

Percepção do tipo de alimentação

O consumo de alimentos vai além do mero provimento de nutrientes e energia necessários para a vida. A alimentação estrutura em parte o nosso quotidiano, marca o ritmo dos dias e desempenha um papel fundamental nas relações sociais. As escolhas dos alimentos podem expressar o *status* do indivíduo, da mesma forma que a cozinha de um grupo social expressa sua identidade (MACIEL; MENASCHE, 2004).

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

Para minimizar divergências interpretativas a operacionalização do estilo de vida é fruto da reunião de vários itens preditores de saúde como o consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo, maus hábitos alimentares e stress.

Alcoolismo:

Entende-se por bebida alcoólica, toda a bebida que tenha álcool etílico ou etanol. O consumo de álcool contribui mais do que qualquer outro factor de risco para a ocorrência de acidentes domésticos, laborais e de condução. Relaciona-se com o aparecimento e desenvolvimento de patologias agudas e crónicas de carácter físico, psicológico e social, constituindo, por isso, um importante problema de saúde pública. (PORTUGAL, 2011).

Com a finalidade de quantificar o consumo de álcool foi criado o conceito de bebida padrão que, consiste numa forma simplificada de calcular a quantidade de álcool consumida, diária ou semanalmente. Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool, o que corresponde a uma unidade bebida padrão com cerca de 10 a 12 gramas de álcool puro. (PORTUGAL, 2011).

A OMS considera que não se devem fazer consumos que ultrapassem 20 gramas de álcool (2 unidades/dia) e de preferência estar pelo menos dois dias por semana sem beber qualquer bebida alcoólica. (PORTUGAL, 2011).

Com base nas variáveis do questionário “costuma ingerir bebidas alcoólicas?”, “habitualmente com que frequência ingere bebidas alcoólicas?” e “qual a quantidade de bebidas alcoólicas que bebe?”, procedeu-se à determinação de um índice numérico de consumo assente nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

Tabela 1 - Índice de ingestão de bebidas alcoólicas

Índice de Ingestão de Bebidas Alcoólicas	Cotação
Costuma ingerir bebidas alcoólicas	
Não	1
Sim	2
Com que frequência ingere bebidas alcoólicas	
Nunca	1
Raramente	2
Só em festas	3
Ao fim-de-semana	4
Todos os dias	5
Qual a quantidade de bebidas que bebe habitualmente	
Nenhuma	1
Sim, 1-2 copos	2
Sim, até 1 litro	3
Sim, até 2 litros	4
Sim, mais de 2 litros	5

O índice de consumo de bebidas alcoólicas varia entre o valor mínimo de 3 e máximo de 12. Quanto menor a pontuação melhor o estilo de vida no que respeita ao consumo de álcool.

Tabagismo

O tabagismo é definido como o acto voluntário de inalar o fumo do tabaco, independentemente da qualidade, quantidade ou frequência. É considerado pela OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo (NUNES, 2006).

Os fumadores de mais de um maço de cigarros por dia, têm quatro vezes mais EAM do que os não fumadores. O fumo de apenas um a cinco cigarros por dia aumenta o risco de 40% de EAM. Os não fumadores, quando têm enfartes, têm-nos dez anos mais tarde que os consumidores de tabaco. O tabagismo favorece o aparecimento da Angina de Peito, do Enfarte do Miocárdio e da Doença Arterial Periférica, e pode levar, inclusive, à morte. (PORTUGAL, 2009).

Para a obtenção do índice de consumo de tabaco utilizaram-se as seguintes questões: “costuma fumar habitualmente?” e “quantos cigarros fuma, normalmente, por dia?”.

Tabela 2 - Índice de consumo de tabaco

Índice Consumo Tabaco	Cotação
Nunca fumei	1
Já experimentei, mas nunca fui fumador	2
Já fumei, mas parei	3
Fumo ocasionalmente	4
Fumo todos os dias mas menos de 5 cigarros por dia	5
Fumo todos os dias entre 5 a 10 cigarros por dia	6
Fumo todos os dias mais de 10 cigarros por dia	7

O índice de tabagismo varia entre o valor mínimo de 1 e máximo de 7. Quanto menor a pontuação melhor o estilo de vida no que respeita ao consumo de tabaco.

Exercício Físico

A inactividade física é hoje reconhecida como um importante factor de risco para as doenças cardiovasculares. A falta de prática regular de exercício físico moderado potencia outros factores de risco susceptíveis de provocarem doenças cardiovasculares, tais como a hipertensão arterial, a obesidade, a diabetes ou a hipercolesterolemia. O risco para a doença cardiovascular aumenta 1,5 vezes nos indivíduos que não praticam actividade física. Os benefícios para a saúde geralmente são obtidos através de pelo menos de 30 minutos de actividade física cumulativa moderada, todos os dias (PORTUGAL, 2009).

Para a obtenção do índice de exercício físico praticado utilizaram-se as seguintes questões: “pratica exercício físico?”, “quantas vezes?” e qual a “duração de cada sessão?”

Tabela 3 - Índice de exercício físico

Índice de Exercício Físico	Cotação
Prática exercício físico	
Sim	1
Não	2
Quantas vezes	
6-7 vezes por semana	1
4-5 vezes por semana	2
2-3 vezes por semana	3
1 vez por semana	4
<1 vez por semana	5
Duração de cada sessão	
Mais de 45 minutos	1
35-45 minutos	2
25-35 minutos	3
15-25 minutos	4
5-15 minutos	5
Menos de 5 minutos	6

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

Tipo de Alimentação

Hábitos alimentares saudáveis têm por base uma alimentação completa, variada e equilibrada. (CANDEIAS [et al], 2005). Quanto à alimentação, foram utilizadas as seguintes questões: “durante uma semana normal, com que frequência toma?” e “durante uma semana normal, com que frequência consome os seguintes alimentos?”.

Relativamente ao **número de refeições diárias** e partindo do princípio que devemos efectuar uma adequada distribuição dos alimentos ao longo do dia, variando o mais possível na escolha dos alimentos que consumimos, (CANDEIAS [et al], 2005) definimos como 6 o número ideal de refeições diárias: pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia. O índice de refeições varia entre o valor mínimo de 6 e o máximo de 24, quanto menor o valor, melhor o estilo de vida relativamente ao número de refeições diárias.

Tabela 4 – Número de refeições diárias

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

De acordo com a DGS (2005), alimentação saudável é sinónimo de variedade. Alimentação saudável não significa abdicar de alimentos menos saudáveis de que gostamos. O importante é que o consumo destes alimentos seja a exceção e não a regra do dia-a-dia. (PORTUGAL, 2005)

A maior parte das calorias ingeridas devem ser provenientes de alimentos de origem vegetal, pelo que, os alimentos base do nosso quotidiano, devem ser produtos hortícolas, fruta, cereais e leguminosas. Devemos limitar o consumo de gorduras, através da redução da gordura usada para confeccionar os alimentos, evitando os alimentos fritos e restringindo o consumo de produtos de charcutaria e salsicharia. Devemos dar preferência ao peixe e carnes magras em detrimento de carnes de mamíferos (PORTUGAL, 2005).

Para operacionalizar esta variável foram agrupados os **alimentos em saudáveis** (pontuação 1), **não saudáveis** (pontuação 4) e **intermédios** (pontuação 2 e 3) e atribuídos os valores indicados a seguir:

Tabela 5 – Frequência de consumo de alimentos

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

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

Stress

A má gestão do stress, tem consequências directas e indirectas na saúde, sobretudo quando associada a outros factores de risco como o consumo de tabaco e de álcool e aos maus hábitos alimentares e de actividade física. (PORTUGAL, 2004). Para a obtenção do índice de stress usou-se a questão “ considera que sofre de stress diariamente?”. Foi atribuído o valor de 1 às respostas negativas e o valor 2 às respostas afirmativas.



Figura 7 – Total de estilos de vida

Do somatório dos índices parcelares das sub-escalas apresentadas, resulta do **valor global dos estilos de vida**, que apresenta um valor mínimo de 34 e um valor máximo de 136. De acordo com a tendência de resposta quanto menor for este índice, melhor o estilo de vida. Tendo por base a fórmula (Média +/- 0,25dp) preconizada por Pestana e Gageiro (2008) efectuar-se-ão grupos extremos através da seguinte fórmula: [valor médio \pm 0,25 x desvio padrão], que permitirão a seguinte classificação:

Quadro 2 – Estilos de vida

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

APÊNDICE 5

Operacionalização das variáveis referentes à componente serviços de saúde

- Acessibilidade aos Serviços de Saúde
- Acompanhamento Médico
- Periodicidade das Consultas
- Número de consultas
- Frequência de consultas
- Frequência de um Programa de Reabilitação
- Relacionamento com o Profissional de Saúde
- Profissional de Saúde que fornece a informação

Acessibilidade aos Serviços de Saúde

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (s/d), o acesso aos serviços de saúde é determinado pela possibilidade que o indivíduo tem em obter cuidados de saúde apropriados às suas necessidades. A acessibilidade pode ser influenciada por diferentes factores, entre ao quais se destacam os financeiros, os geográficos (distância que têm de percorrer para terem acesso a cuidados), os organizacionais (má distribuição e/ou falta de profissionais de saúde), sociológicos (discriminação, barreiras linguísticas) e também os culturais (OPSS, s/d).

Esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta aberta (“qual a distância do domicílio ao hospital/centro de saúde?”) e através de 2 perguntas fechadas. Na primeira (“tem dificuldade em se deslocar ao local da sua consulta?”), a resposta foi do tipo dicotómica (sim/não). Na segunda e em relação às possíveis causas de dificuldade no acesso, foram criados os seguintes grupos: “a distância é grande para ir a pé”; “tem afazeres domésticos, com casa ou filhos”; “custo financeiro, precisa de transporte”; “necessidade de acompanhante”; “não pode faltar ao trabalho”.

Acompanhamento Médico

Relativamente a esta variável foi elaborada uma pergunta fechada com 5 possibilidades de resposta: “médico de família”, “medico particular”, “cardiologista do hospital”, “medicina intensiva do hospital” e “medicina interna do hospital”. Este tipo de resposta foi de encontro à realidade existente no local de aplicação dos formulários.

Periodicidade das consultas

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta. Posteriormente, e para a análise descritiva foram criadas 4 formas de resposta (mensal, trimestral, semestral, anual e bianual).

Número de consultas

Esta variável foi operacionalizada através de uma questão de resposta única com 3 categorias (“está adequado”, “deveria ter mais consultas” e “deveria ter menos”).

Frequência das Consultas

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada com 3 possibilidades de resposta (“sempre”, “quando sente necessidade” e “raramente”).

Frequência de um programa de Reabilitação Cardíaca

A reabilitação cardíaca, segundo a OMS, é o somatório das acções necessárias para garantir aos doentes portadores de doença cardíaca, a melhor condição física, psicológica e social. Além de dar ênfase à prática da actividade física, os programas de reabilitação cardíaca envolvem outras acções como a nutrição, o suporte social e psicológico, a fim de promoverem a modificação dos factores que contribuem para o aumento do risco cardíaco de forma global (CASTRO et al, 2005).

Os utentes que aderem aos programas de reabilitação cardíaca apresentam alterações hemodinâmicas, metabólicas, miocárdicas, vasculares, alimentares e psicológicas que estão associadas ao melhor controlo dos factores de risco e, conseqüentemente, à melhoria da qualidade de vida. Nos doentes com SCA a reabilitação cardíaca reduz a mortalidade cardiovascular, pelo que, os programas de reabilitação cardíaca, quando adequadamente elaborados, são seguros devendo ser oferecidos a todos os utentes (CASTRO et al, 2005).

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada e operacionalizada como variável nominal dicotómica.

Relacionamento com o Profissional de Saúde

Alguns estudos demonstraram que a satisfação do doente relativamente ao médico tem um impacto significativo na adesão ao tratamento. Os utentes têm tendência a seguir as instruções e recomendações do profissional de saúde quando as suas expectativas na relação estabelecida são atendidas (GOODMAN; GILMAN, 2005).

A variável relacionamento com os profissionais de saúde foi medida através de 2 questões fechadas, “Como é o seu relacionamento com o(s) Enfermeiro(s)” e “Como é o seu relacionamento com o(s) Médico(s)”, existindo a possibilidade de 3 tipos de resposta: “bom”, “mau” e “indiferente”.

Profissional de Saúde que Fornece a Informação

Relativamente ao profissional que fornece a informação, esta variável foi operacionalizada através de uma questão fechada com 3 possibilidades de resposta: “médico”, “enfermeiro” e “farmacêutico”.

APÊNDICE 6

Operacionalização das variáveis referentes à componente clínica

- Tipo de SCA
- Ano de Diagnóstico do SCA
- Número de Episódios de SCA
- Tempo de ocorrência dos episódios de SCA
- Doenças Associadas
- Familiar com Doença Cardíaca
- Obesidade
- Limitação Física

Tipo de SCA

A síndrome coronária aguda refere-se ao conjunto de sinais e sintomas relacionados com a isquemia aguda do miocárdio, engloba a angina instável e o enfarto agudo do miocárdio com e sem supra-desnivelamento do segmento ST (KNOBEL, 2006).

Esta variável foi avaliada por meio de uma pergunta fechada com 3 tipos de resposta: “enfarte agudo do miocárdio”, “angina instável” e “enfarte agudo do miocárdio e angina instável”.

Ano de Diagnóstico da SCA

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

Número de episódios de SCA

Esta variável foi avaliada através uma questão fechada com 3 possibilidades de resposta: “não”, “sim, mais 1” e “sim, mais 2”.

Tempo de ocorrência dos episódios de SCA

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

Doenças Associadas

Diversos estudos têm evidenciado os factores de risco envolvidos na génese da SCA. O estudo Framingham, na Inglaterra, foi um dos primeiros, que demonstrou a importância de alguns factores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. (PEREIRA; SANTOS; SAKAE, 2010).

No INTERHEART, estudo internacional, que envolveu 262 centros em 52 países dos cinco continentes, foram apontados vários factores de risco para o EAM. O tabagismo, a dislipidemia, factores psicossociais, a obesidade, a diabetes e a hipertensão arterial (PEREIRA; SANTOS; SAKAE, 2010).

A avaliação do doente com SCA deve ser complementada com a identificação das características que se associam a uma maior probabilidade dos sinais e sintomas serem devidos a isquémia do miocárdio, a saber, idade superior a 70 anos, diabetes mellitus, antecedentes de doença coronária, antecedentes de doença vascular extra-cardíaca (doença arterial cerebral e doença arterial periférica) (PORTUGAL, 2007).

Esta variável foi medida através de uma questão fechada e operacionalizada como uma variável nominal dicotómica, com 2 possibilidades de resposta (“sim” e “não”). Seguidamente foram feitas questões acerca de antecedentes de doenças como HTA, diabetes, hiperdislipidémia, AVC e outras, todas operacionalizadas como a anterior.

Familiar com Doença Cardíaca

A hereditariedade é um factor de risco inevitável para a doença coronária. O risco de desenvolver doença coronária é maior se o indivíduo tiver familiares próximos (pai, mãe ou irmãos) que desenvolveram a doença antes dos 55 anos de idade. Esta variável foi operacionalizada a partir de uma questão fechada, “tem familiares com doença cardíaca?”, com duas possibilidades de resposta (“sim” e “não”) e de uma questão aberta, “qual o grau de parentesco?”.

Obesidade

A obesidade surge pelo desequilíbrio entre a formação e a destruição de células adiposas (gasto calórico) no organismo. O Índice de Massa Corporal (IMC) é o padrão de medida internacional para a obesidade (traduz a noção de corpulência) e obtêm-se pela divisão do peso expresso em kg e o quadrado da altura avaliada em metros. (FROTA, 2007).

O **peso** é a força com que qualquer pessoa ou objecto é atraída para o centro da terra e pode ser traduzido num valor numérico (DLP, 2011). Foi operacionalizado através de uma questão aberta. Os participantes foram pesados através da balança mecânica, modelo “SECA 761”.

A variável **altura**, definida como a dimensão de um corpo considerada desde a base até à extremidade superior (DLP, 2011), foi avaliada através de uma pergunta aberta, tendo sido considerado o valor registado no Bilhete de Identidade dos participantes.

Tabela 6 – Classificação IMC

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

Fonte: World Health Organization – Body Mass Index. [em linha]. (2008). [Consult. 26 de Agosto de 2011]. Disponível em WWW:< URL:http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>.

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 cinco categorias baseada na limitação da actividade física (SANTOS; PLEWKA; BROFMAN, 2008). Pelo que esta variável foi operacionalizada através de uma questão fechada com 5 tipos de resposta: “Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras,” “Limitação física para actividades quotidianas (andar rápido, subir escadas, carregar compras)”, “Acentuada limitação física para actividades simples (tomar banho, se vestir, higiene pessoal)”, “Confortável somente no repouso” e “Severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso”.

APÊNDICE 7

Operacionalização das variáveis referentes à componente terapêutica farmacológica.

- Medicação Habitual
- Tempo de Toma da Medicação
- Número de Comprimidos/dia
- Esquema Terapêutico Complicado
- Interrupção da Medicação
- Efeito Indesejado da Medicação

Medicação Habitual

De acordo com as novas directrizes, o tratamento do doente com SCA, visa aumentar a capacidade funcional e conseqüentemente, aumentar a qualidade de vida do mesmo, através da redução da progressão da lesão aterosclerótica. Para tal é imprescindível que, o doente cumpra o esquema terapêutico instituído após a alta. Este tratamento é feito pela administração de: anti-agregantes plaquetários, reduzem a mortalidade e as taxas de recidiva; beta-bloqueantes, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECAS), reduzem a dilatação ventricular e estatinas que reduzem e/ou previnem a hipercolestorémia (HURTADO, 2008).

Para além do tratamento farmacológico adequado é necessário que o doente seja inserido num programa de alteração de estilos de vida, para que estes sejam o mais saudável possível, sendo indispensável o controlo de factores de risco como a hipertensão arterial, a diabetes, a obesidade e o tabagismo (HURTADO, 2008).

Relativamente á medicação habitual tomada pelos participantes da nossa amostra, esta variável foi medida através de 6 questões fechadas, operacionalizadas como variáveis nominais dicotómicas (sim, não), nas quais foi indagado se os doentes tomavam estatinas, anti-agregantes plaquetários, beta-bloqueantes, IECAS e outra medicação.

Tempo de toma da medicação

Para avaliar esta variável foi realizada uma pergunta aberta e posteriormente, elaboradas classes, baseadas em intervalos de anos: “menos de meio ano”, “entre meio ano e menos de 1 ano”, “entre 1 ano e menos de 2 anos”, “entre 2 anos e menos de 3 anos”, “entre 3 anos e menos de 4 anos”, “entre 4 anos e menos de 5 anos” e “ mais de 5 anos”.

Número de comprimidos/dia

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

Esquema terapêutico complicado

A relação existente entre o regime terapêutico instituído e a adesão ao mesmo é altamente complexa e nela interferem tanto o tempo como o tipo de tratamento. A complexidade do esquema de tratamento, que envolve grande número de medicamentos e doses frequentes pode interferir directamente na adesão (NARCISO; PAULILO, 2001).

Para avaliar esta variável foi realizada uma questão fechada (“acha o seu esquema terapêutico complicado”) e operacionalizada como uma variável nominal dicotômica (sim, não).

Interrupção da medicação

Esta variável foi avaliada através de 2 questões, sendo a primeira, “alguma vez interrompeu a prescrição terapêutica por iniciativa própria?”, uma questão fechada com duas possibilidades de resposta (“sim” e “não”) e a segunda uma questão aberta, “qual o motivo?”.

Custo Mensal da medicação

Quanto ao custo da medicação, esta variável foi operacionalizada através de uma questão fechada com 7 formas de resposta: “sem custos”, “entre 1 e 10 euros”, “entre 11 e 20 euros”, “entre 21 e 40 euros”, “entre 41 e 60 euros”, “entre 61 e 80 euros” e “mais de 81 euros”.

Efeito indesejado da medicação

Esta variável foi avaliada através de 2 questões fechadas. A primeira (“apresentou algum efeito indesejado com a medicação?”) operacionalizada como uma variável nominal dicotômica e a segunda (“Se sim, quais?”) com 8 possibilidades de resposta: “palpitações”, “fraqueza/fadiga”, “cefaleias”, “náuseas”, “impotência/frigidez”, “equimoses”, “alterações intestinais” e “alergias”.

APÊNDICE 8

Consentimento informado dos participantes

APÊNDICE 9

Quadros e tabelas da análise descritiva:

Quadro 3 – Caracterização dos estilos de vida

Quadro 4 – Classificação dos estilos de vida

Quadro 5 – Caracterização relacionada com os serviços de saúde

Quadro 6 – Caracterização clínica

Quadro 7 – Caracterização relacionada com a terapêutica farmacológica

Quadro 8 – Classificação da medida de adesão aos tratamentos

Tabela 7 – Caracterização da satisfação com o suporte social

Tabela 8 – Estilos de vida

Tabela 9 – IMC

Tabela 10 – Número de comprimidos/dia

Tabela 11 – Medida de adesão aos tratamentos

Quadro 3 – Caracterização dos estilos de vida

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
“Percepção do tipo de alimentação”						
“Muito saudável”	9	12,0	3	8,6	12	10,9
“Tão saudável como recomendado”	29	38,7	16	45,7	45	40,9
“Moderadamente saudável”	35	46,7	12	34,3	47	42,7
“Ligeiramente saudável”	2	2,7	4	11,4	6	5,5
Ingestão de Bebidas Alcoólicas						
“Não”	20	26,7	21	60,0	41	37,3
“Sim”	55	73,3	14	40,0	69	62,7
Quantidade de Bebidas Alcoólicas Ingeridas						
“1-2 Copos”	46	66,7	14	33,3	60	86,96
“Até 1 litro”	9	13,04	0	0,0	9	13,04
Frequência de Bebidas Alcoólicas						
“Raramente”	10	13,3	3	8,6	13	11,8
“Só em festas”	6	8,0	4	11,4	10	9,1
“Ao fim-de-semana”	3	4,0	2	5,7	5	4,5
“Todos os dias”	36	48,0	5	14,3	41	37,3
Fumar						
“Nunca fumei”	36	48,0	30	85,7	66	60,0
“Já experimentei, mas nunca fui fumador”	1	1,3	0	0,0	1	0,9
“Já fumei, mas parei”	31	41,3	2	5,7	33	30,0
“Fumo ocasionalmente”	1	1,3	1	2,9	2	1,8
“Fumo todos os dias”	6	8,1	2	5,7	8	7,3
Fumar todos os dias						
“Fumo todos os dias, mas menos de 5 cigarros por dia”	1	12,5	1	12,5	2	25,0
“Fumo todos os dias entre 5 a 10 cigarros por dia”	2	25,0	0	0,0	2	25,0
“Fumo todos os dias mais de 10 cigarros por dia”	3	37,5	1	12,5	4	50,0
Exercício Físico						
“Sim”	40	53,3	13	37,1	53	48,2
“Não”	35	46,7	22	62,9	57	51,8
Frequência Exercício Físico						
“6-7 vezes por semana”	11	27,5	2	15,38	13	24,52
“4-5 vezes por semana”	9	22,5	2	15,38	11	20,75
“2-3 vezes por semana”	16	40,0	7	53,84	23	43,39
“1 vez por semana”	2	5,0	1	7,7	3	5,67
“menos de uma vez por semana”	2	5,0	1	7,7	3	5,67
Duração Exercício Físico						
“Mais de 45 minutos”	14	35,0	3	23,07	17	32,07
“35-45 minutos”	15	37,5	5	38,46	20	37,73
“25-35 minutos”	7	17,5	2	15,4	9	16,98
“15-25 minutos”	3	7,5	3	23,07	6	11,32
“5-15 minutos”	1	2,5	0	0,0	1	1,9
Stress						
“Não”	33	44,0	19	54,3	52	47,3
“Sim”	42	56,0	16	45,7	58	52,7

Quadro 4 – Classificação dos estilos de vida

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Estilos de Vida						
<i>“Estilos de Vida Equilibrados”</i>	24	32,0	23	65,7	47	42,7
<i>“Estilos de Vida Intermédios”</i>	14	18,7	5	14,3	19	17,3
<i>“Estilos de Vida Desequilibrados”</i>	37	49,3	7	20,0	44	40,0

Quadro 5 – Caracterização relacionada com os serviços de saúde

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Distância do domicílio aos SS						
Média	6,66		5,8		6,42	
Desvio padrão	8,3		5,95		7,62	
Forma de deslocação aos SS						
"Transporte próprio"	59	78,7	15	42,9	74	67,3
"Transporte público"	3	4,0	8	22,9	11	10,0
"Transporte familiar/vizinhos"	9	12,0	4	11,4	13	11,8
"A pé"	1	1,3	2	5,7	3	2,7
"Táxi"	3	4,0	6	17,1	9	8,2
Dificuldades na deslocação aos SS						
"Não"	62	82,7	21	60,0	83	75,5
"Sim"	13	17,3	14	40,0	27	24,5
Acompanhamento Médico						
"Médico Família"	27	36,0	9	25,7	36	32,7
"Médico Particular"	5	6,7	3	8,6	8	7,3
"Médico Cardiologista do Hospital"	21	28,0	6	17,1	27	24,5
"Médico da Medicina Intensiva do Hospital"	21	28,0	14	40,0	35	31,8
"Médico da Medicina Interna do Hospital"	1	1,3	3	8,6	4	3,6
Periodicidade das consultas						
"Mensal"	12	16,0	6	17,1	18	16,4
"Trimestral"	13	17,3	9	25,7	22	20,0
"Semestral"	37	49,3	15	42,9	52	47,3
"Anual"	13	17,3	5	14,3	18	16,4
Assiduidade às consultas						
"Sempre"	72	96,0	35	100,0	107	97,3
"Quando sente necessidade"	2	2,7	0	0,0	2	1,8
"Raramente"	1	1,3	0	0,0	1	0,9
Número consultas						
"Está adequado"	58	78,4	25	71,4	83	76,1
"Deveria ter mais consultas"	14	18,9	10	28,6	24	22,0
"Deveria ter menos consultas"	2	2,7	0	0,0	2	1,8
Frequência de um programa de Reabilitação						
"Não"	73	97,3	33	94,3	106	96,4
"Sim"	2	2,7	2	5,7	4	3,6
Relacionamento com o Enfermeiro						
"Bom"	71	94,7	34	97,1	105	95,5
"Mau"	1	1,3	0	0,0	1	0,9
"Indiferente"	3	4,0	1	2,9	4	3,6
Relacionamento com Médico						
"Bom"	72	96,0	34	97,1	106	96,4
"Mau"	1	1,3	0	0,0	1	0,9
"Indiferente"	2	2,7	1	2,9	3	2,7
Profissional que fornece a Informação						
"Médico"	56	74,7	24	68,6	80	72,7
"Enfermeiro"	14	18,7	10	28,6	24	21,8
"Farmacêutico"	5	6,7	1	2,9	6	5,5

Quadro 6 – Caracterização clínica

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Diagnóstico de Doença Cardíaca Isquémica						
“Enfarte Agudo Do Miocárdio”	65	86,7	26	74,3	91	82,7
“Angina Instável”	5	6,7	7	20,0	12	10,9
“Enfarte Agudo Do Miocárdio e Angina Instável”	5	6,7	2	5,7	7	6,4
Ano de Diagnóstico SCA						
“Até 5 anos atrás”	46	61,3	24	68,6	70	63,6
“Mais de 5 anos”	29	38,7	11	31,4	40	36,4
Número de Episódios						
“Um”	54	72,0	16	45,7	70	63,6
“Dois”	15	20,0	10	28,6	25	22,7
“Três”	6	8,0	9	25,7	15	13,6
“Factores de Risco”						
“Não”	9	12,0	3	8,6	12	10,9
“Sim”	66	88,0	32	91,4	98	89,1
“HTA”	43	57,3	24	68,6	67	60,9
“Diabetes”	26	34,7	15	42,9	41	37,3
“Hiperdislipidémia”	48	64,0	23	65,7	71	64,5
“AVC”	2	2,7	1	2,9	3	2,7
“Outras Doenças”	24	32,0	20	57,1	44	40,0
Familiar com Doença Cardíaca						
“Não”	41	54,7	21	60,0	62	56,4
“Sim”	34	45,3	14	40,0	48	43,6
Limitação Física						
“Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras”	33	44,0	9	25,7	42	38,2
“Limitação física para actividades quotidianas”	39	52,0	23	65,7	62	56,4
“Acentuada limitação física para actividades simples”	3	4,0	3	8,6	6	5,5
Classe IMC						
“Saudável”	20	26,7	6	17,1	26	23,6
“Pré-obesidade”	38	50,7	20	57,1	58	52,7
“Obesidade Moderada”	14	18,7	6	17,1	20	18,2
“Obesidade Clínica”	2	2,7	3	8,6	5	4,5
“Obesidade Mórbida”	1	1,3	0	0,0	1	0,9

Quadro 7 – Caracterização relacionada com a terapêutica farmacológica

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Medicação Habitual						
"Estatinas"	59	78,7	28	80,0	87	79,1
"Anti-agregantes plaquetários"	66	88,0	31	88,6	97	88,2
"Beta-bloqueantes"	36	48,0	15	42,9	51	46,4
"IECAS"	52	69,3	25	71,4	77	70,0
Tempo de toma da medicação						
"Menos de meio ano"	5	6,7	0	0,0	5	4,5
"Entre meio ano e menos de 1 ano"	5	6,7	1	2,9	6	5,5
"Entre 1 ano e menos de 2 anos"	6	8,0	6	17,1	12	10,9
"Entre 2 anos e menos de 3 anos"	13	17,3	5	14,3	18	16,4
"Entre 3 anos e menos de 4 anos"	9	12,0	7	20,0	16	14,5
"Entre 4 anos e menos de 5 anos"	9	12,0	3	8,6	12	10,9
"Mais de 5 anos"	28	37,3	13	37,1	41	37,3
Esquema terapêutico complicado						
"Sim"	15	20,0	17	48,6	32	29,1
"Não"	60	80,0	18	51,4	78	70,9
Interrupção da medicação						
"Sim"	14	18,7	7	20,0	21	19,1
"Não"	61	81,3	28	80,0	89	80,9
Custo mensal da medicação						
"Não"	5	6,67	3	8,58	8	7,3
"Sim"	70	93,33	32	91,42	102	92,7
Custo mensal da medicação						
"Entre 1 euros 40 euros"	15	21,2	6	18,75	21	20,5
"Entre 41 euros e 80 euros"	29	41,42	11	34,37	40	39,2
"Mais de 81 euros"	26	37,38	15	46,88	41	40,3
Efeito indesejado da medicação						
"Palpitações"	4	18,2	3	23,1	7	20,0
"Fraqueza/Fadiga"	2	9,1	4	30,8	6	17,1
"Cefaleias"	2	9,1	3	23,1	5	14,3
"Náuseas"	3	13,6	1	7,7	4	11,4
"Impotência/Frigidez"	7	31,8	1	7,7	8	22,9
"Equimoses"	1	4,5	0	0,0	1	2,9
"Alterações intestinais"	2	9,1	1	7,7	3	8,6
"Alergias"	1	4,5	0	0,0	1	2,9

Quadro 8 – Classificação da medida de adesão aos tratamentos

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>“Baixa adesão”</i>	15	20,0	15	42,9	30	27,3
<i>“Razoável adesão”</i>	15	20,0	6	17,1	21	19,1
<i>“Boa adesão”</i>	45	60,0	14	40,0	59	53,6

Tabela 7 – Caracterização da satisfação com o suporte social

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP
<i>Satisfação Amigos (SA)</i>	7	25	17,6	4,82	27,38	-1,16	-1,88
<i>Intimidade (IN)</i>	7	20	14,28	3,73	26,13	-0,86	-2,09
<i>Satisfação Família (SF)</i>	3	15	12,35	2,96	24	4,54	0,49
<i>Actividades Sociais (AS)</i>	3	15	9,16	2,99	32,84	1,35	1,16
<i>Valor Global SSS</i>	29	75	53,35	11,35	21,28	-1,36	-1,1

Tabela 8 – Estilos de vida

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	\bar{X}_M	dp	\bar{X}_F	dp	t	p
<i>Estilos de Vida</i>	58	97	79,72	8,75	10,9	-1,15	-0,74	81,45	8,36	76,02	8,52	3,15	0,002**

** - p<0,01

Tabela 9 – IMC

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	\bar{X}_M	dp	\bar{X}_F	dp	t	p
IMC	18,71	41,95	27,61	3,81	13,8	4,16	3,05	27,47	3,66	27,92	4,15	-0,58	0,56

Tabela 10 – Número de comprimidos/dia

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	\bar{X}_M	dp	\bar{X}_F	dp	t	p
Comp /dia	2	16	7,27	2,7	37,13	3,65	1,45	6,84	2,46	8,2	2,97	-2,35	0,013*

* - p<0,05

Tabela 11 – Medida de adesão aos tratamentos

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	dp	CV (%)	SK/EP	K/EP	\bar{X}_M	dp	\bar{X}_F	dp	t	p
MAT	3,57	6	5,40	0,56	10,37	-5,03	2,17	5,48	0,52	5,23	0,607	2,154	0,033*

* - p < 0,05

APÊNDICE 10

Tabelas e quadros da análise inferencial

Tabela 12 – Teste de normalidade relativo à SSS e à MAT

Tabela 13 – Correlação de Pearson entre a SA e as variáveis independentes

Tabela 14 – Correlação de Pearson entre a IN e as variáveis independentes

Tabela 15 – Correlação de Pearson entre a SF e as variáveis independentes

Tabela 16 – Correlação de Pearson entre as AS e as variáveis independentes

Tabela 17 – Correlação de Pearson entre o valor global de SSS e as variáveis independentes

Tabela 18 – Associação entre o sexo e a SSS

Tabela 19 – Associação entre o estatuto marital e a SSS

Tabela 20 – Associação entre as habilitações literárias e a SSS

Tabela 21 – Teste Tukey: associação entre as habilitações literárias e a SSS

Tabela 22 – Associação entre a situação laboral e a SSS

Tabela 23 – Correlação de Pearson entre a SSS e a adesão à terapêutica

Quadro 9 – Regressão múltipla entre a SA e as variáveis independentes.

Quadro 10 – Regressão múltipla entre a IN e as variáveis independentes.

Quadro 11 – Regressão múltipla entre a SA e as variáveis independentes.

Quadro 12 – Regressão múltipla entre as AS e as variáveis independentes.

Quadro 13 – Regressão múltipla entre o valor global de SSS e as variáveis independentes.

Quadro 14 – Análise de regressão entre a SSS e a adesão à terapêutica.

Quadro 15 – Classes da adesão ao regime terapêutico

Tabela 12 – Teste de normalidade relativo à SSS e à MAT

	Kolmogorov-Smirnov	p
Satisfação com o Amigos	0,096	0,014*
Satisfação com a Família	0,197	0,000***
Intimidade	0,105	0,005**
Actividades Sociais	0,109	0,003**
Valor Global da SSS	0,086	0,042*
MAT	0,173	0,000***

*- p≤0,05

**- p≤0,01

***- p≤0,001

Tabela 13 – Correlação de Pearson entre a SA e as variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	-0,312	0,000***
IMC	-0,110	0,127
Estilos de Vida	0,260	0,003**
Distância Domicílio	-0,310	0,000***
Nº comprimidos	-0,235	0,007**
Tempo medicação	0,105	0,137
Gasto medicação	-0,011	0,455

**- p≤0,01

***- p≤0,001

Tabela 14 – Correlação de Pearson entre a IN e as variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	-0,142	0,069
IMC	-0,139	0,074
Estilos de Vida	0,279	0,020*
Distância Domicílio	-0,256	0,030*
Nº comprimidos	-0,242	0,050*
Tempo medicação	-0,047	0,315
Gasto medicação	-0,037	0,349

*- p≤0,05

Tabela 15 – Correlação de Pearson entre a SF e as variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	-0,169	0,039*
IMC	-0,168	0,039*
Estilos de Vida	0,260	0,003**
Distância Domicílio	-0,178	0,032*
Nº comprimidos	-0,169	0,039*
Tempo medicação	-0,013	0,445
Gasto medicação	0,081	0,199

*- p≤0,05

**- p≤0,01

Tabela 16 – Correlação de Pearson entre as AS e as variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	-0,023	0,406
IMC	-0,073	0,223
Estilos de Vida	0,107	0,134
Distância Domicílio	0,008	0,467
Nº comprimidos	0,008	0,465
Tempo medicação	-0,017	0,431
Gasto medicação	-0,218	0,011*

* - $p \leq 0,05$

Tabela 17 – Correlação de Pearson entre o valor global SSS e as variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	-0,229	0,008**
IMC	-0,156	0,052
Estilos de Vida	0,298	0,010**
Distância Domicílio	-0,260	0,030*
Nº comprimidos	-0,221	0,010**
Tempo medicação	0,021	0,412
Gasto medicação	-0,053	0,291

* - $p \leq 0,05$ ** - $p \leq 0,01$

Tabela 18 – Associação entre o sexo e a SSS

Sexo	Masculino	Feminino	UMW	p
	N=75	N=35		
	Mean Rank	Mean Rank		
Satisfação com os Amigos	59,35	47,26	1024,000	0,063
Satisfação com a Família	58,95	48,10	1053,500	0,086
Intimidade	56,65	53,03	1226,000	0,577
Actividades Sociais	54,53	57,57	1240,000	0,640
Valor Global da SSS	58,30	49,50	1102,500	0,177

Tabela 19 – Associação entre o estatuto marital e a SSS

Estado civil	Sem Companheiro	Companheiro	UMW	P
	N=23	N=87		
	Mean Rank	Mean Rank		
Satisfação com os Amigos	34,30	61,10	513,000	0,000**
Satisfação com a Família	45,37	58,18	767,500	0,077
Intimidade	39,33	59,78	628,500	0,006*
Actividades Sociais	58,91	54,60	922,000	0,561
Valor Global da SSS	39,51	59,70	635,000	0,007*

* - p < 0.05

** - p < 0.01

Tabela 20 – Associação entre as habilitações literárias e a SSS.

Habilitações literárias	Não sabe ler nem escrever	Ensino Primário	Ensino Básico	Ensino secundário	Ensino superior	X ²	p
	N=18	N=49	N=19	N=17	N=7		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Satisfação com os Amigos	29,53	57,70	66,87	62,62	58,71	15,593	0,004**
Satisfação com a Família	38,53	56,90	60,16	61,15	63,00	6,945	0,139
Intimidade	41,81	53,09	60,71	62,76	75,79	7,891	0,096
Actividades Sociais	56,67	47,90	69,87	56,82	63,50	7,223	0,125
Valor Global da SSS	36,08	53,91	66,74	63,29	67,14	11,112	0,025*

X² - Kruskal Wallis

* - p < 0.05

** - p < 0.01

Tabela 21 – Teste Tukey: associação entre as habilitações literárias e a SSS.

	Não sabe ler nem escrever/Ensino primário	Não sabe ler nem escrever/Ensino básico	Não sabe ler nem escrever/Ensino secundário
	P	P	P
	Satisfação com os Amigos	0,008**	0,002**
Valor Global da SSS	-	0,025*	-

*- p ≤ 0, 05

**- p ≤ 0, 01

Tabela 22 – Associação entre a situação laboral e a SSS

Situação Laboral	Activa	Não Activa	UMW	P
	N=16	N=94		
	Mean Rank	Mean Rank		
Satisfação com os Amigos	69,56	53,11	527,000	0,056
Satisfação com a Família	63,53	54,13	623,000	0,261
Intimidade	70,53	52,94	511,500	0,040*
Actividades Sociais	59,50	54,82	688,000	0,585
Valor Global da SSS	68,03	53,37	551,500	0,089

* - p < 0.05

Tabela 23 – Correlação de Pearson entre a SSS e a adesão terapêutica

Variáveis	r	p
Satisfação com os amigos	0,007	0,212
Satisfação com família	0,163	0,044*
Intimidade	0,121	0,104
Actividades Sociais	0,144	0,067
Valor Global da SSS	0,153	0,055

*- p≤0,05

Quadro 9 – Regressão múltipla entre a SA e as variáveis independentes

Variável dependente: Satisfação com os Amigos					
R = 0,368					
R ² = 0,135					
R ² Ajustado = 0,119					
Erro padrão da estimativa = 4,52					
F=8,379					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	t	p	
Constante	17,564		3,144	0,002	
Idade	-0,132	-0,267	-2,895	0,005	
Estilos de Vida	0,110	0,200	2,162	0,033	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	342,627	2	171,313	8,379	0,000
Residual	2187,773	107	20,446		
Total	2530,400	109			

Quadro 10 – Regressão múltipla entre a IN e as variáveis independentes

Variável dependente: Intimidade					
R = 0,352					
R ² = 0,124					
R ² Ajustado = 0,107					
Erro padrão da estimativa = 3,52					
F=7,544					
p=0,001					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante	7,097		2,186	0,031	
Estilos de Vida	0,104	0,244	2,663	0,009	
Distância do Domicílio	-0,641	-0,216	-2,359	0,020	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	187,636	2	93,818	7,544	0,001
Residual	1330,627	107	12,436		
Total	1528,264	109			

Quadro 11 – Regressão múltipla entre a SF e as variáveis independentes

Variável dependente: Satisfação com a Família					
R = 0,260					
R ² = 0,067					
R ² Ajustado = 0,059					
Erro padrão da estimativa = 2,87					
F=7,817					
p=0,006					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante	5,333		2,114	0,037	
Estilos de Vida	0,088	0,260	2,796	0,006	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	64,587	1	64,587	7,817	0,006
Residual	892,286	108	8,262		
Total	956,873	109			

Quadro 12 – Regressão múltipla entre as AS e as variáveis independentes

Variável dependente: Actividades Sociais					
R = 0,218					
$R^2 = 0,047$					
R^2 Ajustado = 0,039					
Erro padrão da estimativa = 2,93					
F=5,368					
$p=0,022$					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante	10,997		12,82	0,000	
Gasto Mensal com a Medicação	-0,353	-0,218	-2,317	0,022	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	46,284	1	46,284	0,368	0,022
Residual	931,180	108	8,622		
Total	977,464	109			

Quadro 13 – Regressão múltipla entre o valor global da SSS e as variáveis independentes

Variável dependente: Valor Global da Satisfação com o Suporte Social					
R = 0,367					
$R^2 = 0,135$					
R^2 Ajustado = 0,119					
Erro padrão da estimativa = 10,653					
F=8,353					
$p=0,000$					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante	29,576		3,016	0,003	
Estilos de Vida	0,341	0,263	2,887	0,005	
Distância do Domicílio	-1,961	-0,218	-2,388	0,019	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	1896,102	2	948,051	8,353	0,000
Residual	12144,771	107	113,503		
Total	14040,873	109			

Quadro 14 – Análise da regressão entre a SSS e adesão terapêutica

Variável dependente: Medida de Adesão aos Tratamentos					
R = 0,208					
R ² = 0.043					
R ² Ajustado = 0,07					
Erro padrão da estimativa = 0,559					
F = 1,183					
P = 0,323					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	t	P	
Constante	4,91				
Satisfação com a família	0,044	0,234	1,295	0,198	
Intimidade	0,013	0,087	0,475	0,636	
Actividades Sociais	0,035	0,187	1,273	0,206	
Valor Global da SSS	-0,011	-0,213	-0,691	0,491	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	1,479	4	5,40	1,183	0,323
Residual	32,814	105	2,68		
Total	34,293	109			

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)

Suporte Social

A variável suporte social foi medida através da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Este instrumento foi desenvolvido por Wethington e Kessler (1986) e validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro (1999). Trata-se de um instrumento de auto-preenchimento, que permite a operacionalização da variável suporte social com as suas quatro dimensões (satisfação com amizades, intimidade, satisfação com a família e actividades sociais), através de 15 frases numa escala de likert com 5 posições: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo, nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente” (RIBEIRO, 1999).

O valor total da escala resulta da soma dos itens, podendo variar de 15 a 75. A nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens pertencentes a cada dimensão ou subescala.

A primeira dimensão *Satisfação com Amigos (SA)*, mede a satisfação com as amizades e inclui 5 itens (3,12,13,14,15). A segunda dimensão, *Intimidade (IN)*, mede a percepção da existência de suporte social íntimo e é constituída por 4 itens (1,4,5,6). A terceira dimensão designada de *Satisfação com a Família (SF)*, mede a satisfação com o suporte social familiar existente e da qual fazem parte 3 itens (9,10,11). A última dimensão, *Actividades Sociais (AS)*, mede a satisfação com as actividades sociais, com 3 itens (2,7,8).

Os estudos de validação revelam que este instrumento apresenta qualidades psicométricas adequadas. Relativamente à fiabilidade Ribeiro (1999), procedeu ao cálculo da consistência interna, verificando que é de 0,85, número que excede os padrões de aceitabilidade usualmente utilizados (RIBEIRO, 1999).

Quanto à validade do instrumento, o autor procedeu ao cálculo da validade discriminante e da validade concorrente. Verificou-se que o índice de discriminação dos itens é superior a 20 pontos entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence e a magnitude da correlação com outra escala. A validade concorrente foi realizada, comparando a escala com medidas de saúde e de bem-estar e com medidas de mal-estar, verificando-se que a ESSS esta associada a medidas de saúde na direcção esperada, ou seja, prediz resultados positivos das medidas indicadoras de saúde e resultados negativos com medidas indicadoras de mal-estar. (RIBEIRO, 1999).

ANEXO 2

Medida de adesão aos tratamentos (MAT)

Adesão ao Regime Terapêutico

A adesão aos tratamentos farmacológicos foi operacionalizada através da MAT, este é um instrumento validado por Delgado e Lima (2001), a partir da medida de adesão apresentada por Morisky, Green e Levine (1986). A sua consistência interna e a sua validade concorrente foram analisadas através do critério de contagem de medicamentos, tendo apresentado uma boa consistência interna na resposta na forma de likert. Revelou maior sensibilidade e especificidade a captar diversos comportamentos de adesão, neste tipo de resposta e em termos de validade concorrente, apresentou, também correlações elevadas. (DELGADO; LIMA, 2001).

A medida de adesão aos tratamentos medicamentosos possui 7 itens. As questões são respondidas na forma de likert, com classificação até seis pontos (que varia de Sempre=1 a nunca=6). O nível de adesão obtém-se somando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Valores mais elevados significam maior nível de adesão. A classificação dos sujeitos como aderentes ou não aderentes foi feita segundo valores próximos da média.

Para estratificar a variável adesão à terapêutica utilizamos os grupos extremos, referenciados por Pestana e Gageiro (2008). Categorizámos em três classes a adesão à terapêutica: Baixa Adesão, Razoável Adesão e Boa Adesão tendo por base a fórmula [valor médio \pm 0,25 x desvio padrão] (PESTANA; GAGEIRO, 2008):

Quadro 15 – Classes da adesão ao regime terapêutico

Baixa Adesão	$(\leq M - 0,25 \text{ dp})$
Razoável Adesão	$(> M - 0,25 \text{ dp e } < M + 0,25 \text{ dp})$
Boa Adesão	$(\geq M + 0,25 \text{ dp})$

ANEXO 3

Pedido de autorização da recolha de dados no CHCB, EPE

ANEXO 4

Pedido de autorização da utilização da ESSS e da MAT

