

AGRADECIMENTOS

À minha família, á minha amiga Carla Antunes pelo incentivo, carinho, paciência e apoio demonstrados ao longo da realização deste trabalho.

Ao orientador Professor António Madureira

A todos os que de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste estudo, um grande e sincero obrigado.

RESUMO

Título do trabalho: Crenças na medicação e Adesão à terapêutica medicamentosa no doente com Cardiopatia Isquémica

Introdução: A não adesão é uma problemática importante, no doente com Cardiopatia Isquémica (CI). Torna-se fundamental estudar factores que influenciam a adesão, nomeadamente as crenças nos fármacos (CNF).

Objectivos: Descrever o perfil sócio-demográfico, familiar e de saúde do doente com CI; analisar a influência das variáveis sócio-familiares, clínicas e relacionadas com a terapêutica farmacológica nas CNF; analisar a relação entre as CNF e a MAT; estimar a predição das CNF na adesão ao tratamento farmacológico do doente com CI.

Metodologia: Estudo do tipo não-experimental, quantitativo, transversal, descritivo-correlacional. Amostra constituída por 110 indivíduos (sexo masculino 68,2%, feminino 31,8%; idade média = 66,3 anos, dp = 9,78 anos). Aplicação de Questionário, sócio-demográfico, clínico de saúde, versão portuguesa da MAT e versão portuguesa do *Beliefs about Medicines Questionnaire*, específica.

Resultados: As variáveis: idade, stress, e as relacionadas com a terapêutica farmacológica, influenciam as CNF nos doentes com CI ($p < 0,05$). As CNF influenciam a adesão à terapêutica medicamentosa nos doentes com CI ($p < 0,05$).

Conclusão: Os resultados corroboram com estudos relativamente á idade, stress, n.º excessivo de comprimidos, esquema terapêutico complicado, tempo de toma da medicação para a CI, n.º total de comprimidos que toma por dia e ocorrência de efeitos secundários, pois influenciam as CNF e a adesão à terapêutica. Os resultados obtidos para as variáveis clínicas foram divergentes da literatura.

Palavras-chave: Cardiopatia Isquémica; Adesão terapêutica; Crenças nos fármacos.

ABSTRACT

Title: Beliefs about medication and adherence to drug therapy in the patient with ischemic heart disease.

Introduction: About half of the patients do not comply with the therapeutic regimen prescribed by their doctor. The non-compliance becomes an important issue, particularly in patients with ischemic heart disease (IHD). In this context, it becomes fundamental to study the factors that influence the adherence, namely the beliefs about drugs (BAD).

Goals: To describe the socio-demographic, familiar and health profile of the ischemic heart disease patient; to analyze the influence and or causality of the socio-familiar, clinical and related with drug therapy variables with the BAD; to analyze the relationship between beliefs and measures of adherence to treatment (MAT); and to estimate the prediction of the BAD variable in the adherence to drug therapy of the patient with IHD.

Methodology: Non-experimental, quantitative, cross-sectional and descriptive-correlational study. Sample constituted by 110 subjects (68, 2% male and 31, 8% female; men age = 66, 3 years; sd =9, 78 years). Data collection technique socio-demographic and clinical questionnaire designed for the purposes of the study; Portuguese version of the Measure of Adherence to Treatment (MAT); Portuguese version of the Questionnaire *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ).

Results: The variables: age, stress, and related with drug therapy, influence the beliefs about drugs in patients with IHD ($p < 0,05$). We also concluded that beliefs about drugs influence the adherence to drug therapy in IHD patients ($p < 0,05$).

Conclusion: Results are consistent with previous studies, due to the fact that the variables: age, stress, excessive number of pills, complicated therapeutic regimen, time in taking medication to HID, total number of pills taken per day and occurrence of side effects influence the beliefs about drugs in patients with IHD. We also concluded that beliefs about drugs influence the adherence to drug therapy in HID patients. With regard to the results obtained for the clinical variables, they were different from the ones described in literature, since no relationship was found between them and adherence to drug therapy.

Key-words: Ischemic heart disease, Adherence to drug therapy and Beliefs about medication.

ÍNDICE

	Pág.
1 - INTRODUÇÃO	19
2 – CRENÇAS NA SAÚDE.....	25
2.1. MODELO DAS CRENÇAS NA SAÚDE	26
2.2 - CRENÇAS NOS MEDICAMENTOS	27
2.3. CRENÇAS E ADESÃO NO DOENTE COM DCI.	29
3 - ADESÃO Á MEDICAÇÃO	33
3.1 - CONCEITOS DE ADESÃO E NÃO ADESÃO.....	33
3.2 - FACTORES RELACIONADOS COM A NÃO ADESÃO À MEDICAÇÃO	35
3.3 - AVALIAÇÃO DA ADESÃO À MEDICAÇÃO	36
3.4 - INTERVENÇÕES PARA MELHORAR A ADESÃO	37
4 - METODOLOGIA.....	41
4.1 - PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO.....	41
4.2 TIPO DE ESTUDO E DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	42
4.3 - PARTICIPANTES.....	44
4.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	45
4.5 - PROCEDIMENTOS.....	46
5 – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	49
5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA.....	49
5.1 - ANÁLISE INFERENCIAL	53
6. DISCUSSÃO	61
7 – CONCLUSÃO.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
APÊNDICE I- Caracterização sócio-demográfica e sócio-familiar.....	85

APÊNDICE II - Questionário	89
APÊNDICE III - Descrição das componentes MAT e BMQ específica	99
APÊNDICE IV - Declaração de consentimento.....	101
APÊNDICE V – Caracterização dos estilos de vida	103
APÊNDICE VI: Análise descritiva.....	107
APÊNDICE VII. Análise inferencial.....	113
ANEXO I - Autorização para a colheita de dados no chcb, epe e parecer da comissão de ética	123
ANEXO II – Autorizações dos autores.....	125

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Classificação do IMC.....	51
Quadro 2 - Estática da amostra de acordo com a idade.	85
Quadro 3 - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis sócio-demográficas e sócio-familiares.....	87
Quadro 4 - Características de acordo com as variáveis de estilos de vida.....	104
Quadro 5 - Caracterização do valor total dos estilos de vida da amostra.	105
Quadro 6 - Caracterização relacionada com as variáveis clínicas.....	107
Quadro 7 - Caracterização do Índice de Massa Corporal (IMC) da amostra.	108
Quadro 8 - Caracterização das variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica. .	108
Quadro 9 - Estatística da variável do número total de comprimidos que toma por dia.	110
Quadro 10 - Caracterização da amostra de acordo com a Medida de Adesão ao Tratamento farmacológico.	110
Quadro 11 - Classificação da Adesão ao tratamento farmacológico	110
Quadro 12 - Caracterização da amostra de acordo com escala Crenças acerca dos Fármacos (BMQe).	111
Quadro 13 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Sexo.....	113
Quadro 14 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Com companheiro.	113
Quadro 15 - Análise estatística (ANOVA) relativa à variável Habilitações literárias.	114
Quadro 16 - Análise estatística (ANOVA) relativa à variável Rendimento mensal.....	114
Quadro 17 - Análise estatística (ANOVA) relativa à variável Residência.....	114
Quadro 18 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Stress.....	115
Quadro 19 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Doença cardíaca diagnosticada	115
Quadro 20 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Outras doenças.	115

Quadro 21 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Familiares com doença cardíaca.....	116
Quadro 22 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Factores de risco.	116
Quadro 23 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Número excessivo de comprimidos.	116
Quadro 24 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Esquema terapêutico complicado.....	117
Quadro 25 - Correlação de Pearson entre a dimensão Necessidades específicas e as variáveis independentes Gasto mensal, Número de comprimidos que toma por dia, Tempo de toma da medicação, Idade e Número excessivo de comprimidos.	117
Quadro 26 - Regressão Múltipla entre as Necessidades específicas e as variáveis independentes Gasto mensal, Número de comprimidos que toma por dia, Tempo de toma da medicação, Idade e Número excessivo de comprimidos.....	118
Quadro 27 - Correlação de Pearson entre a dimensão Preocupações específicas e as variáveis independentes Gasto mensal, Número de comprimidos que toma por dia, Tempo de toma da medicação, Idade e Número excessivo de comprimidos.	118
Quadro 28 - Regressão Múltipla entre as Preocupações específicas e a variável independentes Número excessivo de comprimidos.	119
Quadro 29 - Correlação de Pearson entre as duas dimensões (Necessidade específicas e Preocupações específicas) de CNF e MAT.....	119
Quadro 30 - Regressão Múltipla entre as CNF e MAT.	120

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Desenho de investigação. Fonte: Elaboração própria.	43

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BMQ - Beliefs About Medicines Questionnaire

BMQE - Beliefs About Medicines Questionnaire Specific

CNF - Crença Nos Fármacos

CI – Cardiopatia Isquémica

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

CV – Coeficiente De Variação

DCV - Doenças Cardiovasculares

DCI - Doença Cardíaca Isquémica

Dp – Desvio Padrão

EAM - Enfarte Agudo Do Miocárdio

HTA – Hipertensão Arterial

ICD - Ischemic Coronary Disease

IMC – Índice De Massa Corporal

K-s - Kolmogorov-Smirnov

MAT - Medida De Adesão Aos Tratamentos

OE – Ordem Dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial De Saúde

OPPS – Observatório Português Para Os Sistemas De Saúde

WHO - World Health Organization

Sd. - Standard Deviation

SPSS - Statistical Package For Social Science

SÍMBOLOS

Kw/erro – Curtose

= - Igual

% - Percentagem

Sw/erro – Simetria

1 - INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011), as Doenças Cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morte a nível mundial. Estima-se que no ano de 2007, tenham sido responsáveis por 35% da mortalidade na Europa, representando a Doença Cardíaca Isquémica (DCI) e a Doença Cerebrovascular no seu conjunto 70% (WHO, 2009). As previsões para 2030, são alarmantes uma vez que predizem um número de mortes por DCV de 23,6 milhões de pessoas (sobretudo por cardiopatias e AVC), mantendo-se assim como a principal causa de morte no mundo (WHO, 2011).

No que diz respeito a Portugal, estas patologias mantêm-se no topo da lista de causas de maior mortalidade, sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por cerca de 40% de mortalidade em Portugal (PORTAL DA SAÚDE, 2009).

O envelhecimento acentuado da população é um dos maiores triunfos da humanidade mas é também um dos grandes desafios, devido ao aumento massivo do número de mortes e incapacidade resultantes da doença crónica. As estatísticas mostram que 60% das mortes a nível global se devem agora à doença crónica (WHO 2008).

“Uma população que cresce sem a adopção de estilos de vida saudáveis e envelhece sem saúde e constituirá uma enorme perda de recursos humanos e financeiros” (GUERREIRO, 2010:11).

As doenças crónicas representam um elevado impacto social, económico e na qualidade de vida, a nível mundial (SILVA et al., 2006). Prevê-se que o impacto económico e mundial das doenças crónicas continue a crescer e, em 2020 corresponda a 65 % das despesas relativas á saúde em todo o mundo (BUGALHO E CARNEIRO, 2004:8). Neste panorama, o tema da adesão à medicação, torna-se cada vez mais relevante pois as estimativas dos incumprimentos das prescrições médicas são, segundo a literatura bastante elevadas. A não adesão conduz a 125000 mortes por ano nos EUA e provoca entre 5% a 15% de hospitalizações no mesmo período de tempo (BUGALHO E CARNEIRO, 2004 upud CABRAL E SILVA, 2009:22).

A adesão terapêutica é definida como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma de medicação, ao cumprimento da dieta e

alteração de hábitos ou estilos de vida, corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde (CABRAL E SILVA, 2009). Assume um papel de particular importância nos doentes portadores de doenças crónicas, constituindo a ausência da mesma um grave problema de saúde pública, com enormes repercussões na incidência e prevalência de inúmeras patologias. “O problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que se queira moderno e eficaz” (BUGALHO E CARNEIRO, 2004:8).

Sabemos hoje que noções como saúde e doença se referem a fenómenos complexos que conjugam factores biológicos, sociológicos, económicos ambientais e culturais (UCHÔA, 2004). Cada um privilegiando diferentes factores e sugerindo diversas estratégias de intervenção e pesquisa. A cultura fornece modelos “de” e “para” os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença e todas as actividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às patologias e podem ser estudadas como um sistema cultural (UCHÔA, 2004).

Diversos modelos de pesquisa têm vindo a ser desenvolvidos para entender os comportamentos na área da saúde, nomeadamente modelos estruturais, modelos de barreiras situacionais, modelos educacionais e o modelo de crenças na saúde (CARVALHO e STUCHI, 2003).

O presente estudo incide numa vertente do modelo de crenças na saúde, em particular, nas crenças nos fármacos (CNF).

As crenças sobre o tratamento em geral e sobre os medicamentos em particular são influenciadas pelas crenças sobre a doença e sobretudo pela percepção de gravidade desta. Desenvolvem-se de acordo com, os modelos de senso comum sobre a doença, e as expectativas sobre a eficácia e necessidade desse tratamento (HORNE, 1999).

Diferentes indivíduos têm diferentes percepções acerca do papel, significado e grau de importância ou risco associados ao consumo de fármacos, como tal, desenvolvem diferentes crenças acerca dos mesmos, podendo estas influenciar a forma como aderem ao tratamento farmacológico. (WEINMAN, & HANKINS, 1997 apud FERREIRA, 2008). Sendo o indivíduo um agente activo nas escolhas dos seus cuidados de saúde, as suas crenças tem implicações nas decisões sobre o seu próprio tratamento (HORNE, 1999).

O paradigma da adesão ao tratamento nas últimas décadas tem sido alvo da atenção dos profissionais de saúde, por ser de importância vital para o controlo das doenças crónicas e suas consequências.

A justificativa pela escolha do tema vai ao encontro das preocupações evidenciadas em vários estudos realizados sobre esta temática. Há resultados preocupantes no que diz respeito a taxas de não adesão ao tratamento nos doentes crónicos, com graves repercussões no progresso da doença, no insucesso das práticas profissionais e nos gastos astronómicos em saúde.

O incumprimento das prescrições/tratamentos tem efeitos negativos na saúde da própria pessoa, minimiza a probabilidade de potenciais melhoras, por falta de eficácia das terapêuticas instituídas. Leva a necessidade de cuidados de saúde mais prolongados, provoca desperdício de medicamentos e acarreta consequências de cariz sistémico, uma vez que sobrecarrega o sistema de saúde, resultando em custos adicionais para a economia (CABRAL e SILVA, 2009).

Percebe-se urgente o estudo deste fenómeno da adesão e todos os factores que envolvem este processo. Acredita-se que uma melhor compreensão destes determinantes poderá contribuir para o conhecimento e entendimento do problema, e para a implementação de intervenções baseadas na evidência, tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência centrada nos comportamentos da não adesão ao regime medicamentoso prescrito.

Sabendo que as crenças ligadas aos medicamentos têm implicações na adesão á terapêutica do doente do DCI, parece-nos de vital importância compreender esta relação. Neste sentido pretendeu-se, com a realização do estudo, responder à seguinte pergunta de investigação, que norteou o desenvolvimento do estudo: *“Em que medida as crenças ligadas ao uso dos medicamentos interferem no comportamento de adesão á terapêutica dos pacientes com doença cardíaca isquémica?”*

Tendo em conta a necessidade de obter respostas á questão de investigação foram definidos os seguintes objectivos:

- Descrever o perfil sócio-demográfico, familiar e de saúde do doente com Doença Cardíaca Isquémica;
- Analisar a influência das variáveis sócio-familiares, clínicas e relacionadas com a terapêutica farmacológica com as Crenças nos fármacos (CNF).
- Analisar a relação entre as crenças e as medidas de adesão ao tratamento (MAT)
- Estimar a predição da variável CNF na adesão ao tratamento farmacológico do doente com Doença Coronária Isquémica.

- Para tal serão analisadas uma multiplicidade de factores e variáveis envolvidas nas crenças nos fármacos, de forma a contribuir para uma melhor compreensão desta temática.
- Estruturalmente, este trabalho integra duas partes fundamentais:
- A primeira parte é constituída pela fundamentação teórica onde são descritos os aspectos mais relevantes relacionados com os conceitos em estudo, constam os capítulos crenças e adesão á medicação.
- A segunda parte é dedicada ao estudo empírico, dela faz parte os capítulos referentes á metodologia, resultados, discussão e conclusão.

PARTE I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Capítulo 2. CRENÇAS NA SAÚDE

Capítulo 3. ADESÃO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

2 – CRENÇAS NA SAÚDE

As crenças podem ser definidas como componentes cognitivas das atitudes, que influenciam a percepção e comportamento frente a eventos ou situações sociais (KRUGUER, 1995 upud RONZANI, 2007). O contexto social apresenta importância fundamental uma vez que existe um mecanismo de organização psicológica das crenças em termos de centralidade das mesmas.

Teoria da Aprendizagem Social (BRANDURA, 1979 apud RONZANI, 2007) permite perceber a importância dos aspectos cognitivo-comportamentais, nomeadamente na mudança e manutenção de determinadas normas e condutas a nível social. Segundo esta teoria, os padrões de comportamento são influenciados pelas contingências ambientais, há uma acção recíproca entre aspectos individuais e ambientais e as situações das relações interpessoais apresentam importância vital no desenvolvimento da mudança ou manutenção do comportamento.

A partir dos aspectos levantados, percebe-se que determinadas crenças e comportamentos são mantidos ou modificados pelas circunstâncias que envolvem o doente. Sendo assim, para obtermos uma mudança comportamental, é importante actuarmos simultaneamente nos indivíduos e no seu ambiente (BRANDURA, 1979 apud RONZANI, 2007). Dependendo da importância de determinadas crenças para o contexto em que estão representadas na vida do indivíduo, elas são mais fáceis ou difíceis de alterar (ROKEACH, 1981; KRUGUER, 1995 apud RONZANI, 2007).

As crenças ou crenças têm sido bastante estudadas e parecem ser possíveis preditores na adesão ao tratamento. Elas espelham o conhecimento individual, pois podem ser entendidas como um “equipamento” que o indivíduo possui para lidar com a realidade (OGDEN, 1999 apud TEIXEIRA, 2004). Este equipamento representa a necessidade de equilíbrio entre o meio ambiente e as imposições do meio interno (TEIXEIRA, 2004)

Crenças e sistemas de crenças integram e influenciam culturas, desenvolvidas ao longo dos tempos. Determinadas crenças e comportamentos são mantidos ou modificados pelas circunstâncias e contingências ambientais. Ao sugerirmos uma mudança comportamental, é importante actuarmos não somente junto aos indivíduos, mas também junto dos familiares e do envolvimento social.

A assistência oferecida pelos profissionais de saúde aos pacientes necessita de se alicerçar numa abordagem holística do indivíduo, o qual deve ser tratado como um sistema complexo de partes inter-relacionadas, focalizando, além do aspecto biológico, valores culturais, sociais e suas necessidades psíquicas e emocionais (SIQUEIRA et. al., 2006).

2.1. MODELO DAS CRENÇAS NA SAÚDE

As crenças em saúde são atitudes, valores e conhecimentos que os indivíduos têm sobre sua saúde e sobre os serviços de saúde, que irão influenciar a sua percepção de necessidade e, conseqüentemente, de uso dos serviços (PAVÃO, 2008).

Uma das abordagens que tem sido utilizada neste campo refere-se a teorias e modelos cognitivos aplicados à saúde. De entre os vários modelos, o das Crenças em Saúde é considerado “o principal modelo capaz de explicar e prever a aceitação de recomendações sobre cuidados com a saúde” (JANZ e BECKER, 1984).

O modelo de crenças de saúde (ROSENSTOCK, 1966) teve origem em teorias comportamentais e cognitivas. Foi o primeiro modelo desenvolvido para explicar o comportamento de saúde e doença, e tem sido o mais utilizado nos programas de intervenção desenvolvidos nos últimos anos (RIBEIRO, 2005). De acordo com este modelo o comportamento de saúde baseia-se em três pressupostos:

- A susceptibilidade percebida a uma ameaça à saúde, em que quanto maior a susceptibilidade percebida, maior a motivação para adoptar comportamentos que promovam a saúde.
- A gravidade atribuída à doença ou condição de saúde, que habitualmente é percebida de acordo com a gravidade dos sintomas e com o impacto da doença na família e conviventes.
- Os benefícios percebidos e dificuldades do tratamento: a pessoa constantemente avalia se os benefícios obtidos com a adopção de um comportamento de saúde, excedem as dificuldades ou barreiras à sua realização.

Este modelo foi posteriormente aferido, na década de 70/80, por Becker e colaboradores (PEDROSA, 1991), que afirmavam que a probabilidade de um pessoa ter um determinado comportamento saudável, está relacionado com as crenças pessoais acerca da ameaça percebida da doença e da percepção do risco/benefício de praticar a

acção recomendada. Neste contexto, as crenças na saúde e em particular nos fármacos são influenciadas de acordo com variáveis clínicas (sintomas, etc.), variáveis demográficas (género, idade, classe, etc.) e por características psicológicas (personalidade, companheiro, pressão do grupo, etc.), que por sua vez vão originar um determinado comportamento de adesão à terapêutica (HORNE e WEINMAN, 1999), (HANKINS, 1997).

De acordo com Strecher & Rosenstock, (1997), citados por Straub (2005), o MCS reconhece ainda a influência variável que os amigos, as campanhas de saúde e factores sócio-demográficos como a idade, sexo e grupo socioeconómico podem exercer sobre a pessoa, fornecendo-lhe razões para adoptar ou não comportamentos de saúde.

Existem vários estudos que têm demonstrado a importância deste modelo, mas referem também limitações, nomeadamente o facto de funcionar melhor quando é utilizado como modelo para comportamentos preventivos (JANZ e BECKER, 1984, apud HORNE e WEINMAN, 1999).

Focalizando-nos no fenómeno da adesão e de acordo com este modelo a pessoa irá aderir ao regime terapêutico se acreditar que a doença é grave e lhe poderá trazer consequências pessoais sérias e se entender o regime terapêutico proposto, como uma possibilidade de reduzir a gravidade da doença ou a sua susceptibilidade à mesma, sendo os custos de aderir, superados pelos benefícios resultantes da adopção de comportamentos de adesão. (HORNE e WEINMAN, 1999).

O estudo das crenças na saúde é fundamental para compreender a adesão à terapêutica, uma vez que as crenças dos doentes acerca da saúde demonstraram ter efeito no comportamento relativo à toma da medicação (BALKRISHAN, 1998).

2.2 - CRENÇAS NOS MEDICAMENTOS

Considerando os conceitos de adesão e não adesão à terapêutica, como questões de ordem comportamental, torna-se pertinente estudar factores que influenciem os comportamentos, em especial os relacionados com o processo de adesão terapêutica, nomeadamente as crenças nos fármacos (CNF).

“ (...) A saúde e o que se relaciona a ela (conhecimento do risco, ideias sobre prevenção, noções sobre causalidade, ideias sobre tratamentos apropriados,

etc.) são fenómenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados” (MARRONI, 2007:103).

Existem estudos que referem que os indivíduos têm crenças sobre os medicamentos em geral, assim como sobre medicamentos prescritos para doenças específicas (CONRAD, 1985; MORGAN e WATKINS, 1988). Segundo (HORNE, 2003, apud FIGUEIRAS, 2006), as crenças sobre o tratamento em geral e sobre os medicamentos em particular são influenciadas pelas crenças sobre a doença em causa e sobretudo pela percepção de gravidade desta. Neste sentido, as crenças sobre o tratamento de uma doença desenvolvem-se de acordo com os modelos de senso comum sobre a doença, e com as expectativas sobre a eficácia e necessidade desse tratamento (HORNE, 1999).

As preocupações com a medicação podem traduzir uma reacção emocional de medo e ansiedade diminuindo assim a adesão ou influenciando a escolha de um certo medicamento (Horne, 2003). A percepção dos sintomas pode incentivar o uso dos medicamentos, reforçando a crença na necessidade. Contrariamente a ausência de sintomas graves pode dar origem a dúvidas sobre a necessidade de tratamento. Os sintomas podem aumentar o nível de preocupação sobre o tratamento, se estes forem interpretados como efeitos secundários (LEVENTHAL et. al., 1987, apud FIGUEIRAS, 2006).

Sabendo que o doente é um agente activo na escolha dos cuidados de saúde, as suas crenças no tratamento vão influenciar o seu comportamento no tratamento da doença (FIGUEIRAS, 2006). Por outras palavras, os doentes têm as suas próprias ideias e perspectivas em relação ao uso de medicação e tomam decisões, baseadas nas suas crenças e experiências. Ponderam o risco/benefício relativamente à toma da medicação e determinam, de acordo com a eficácia percebida a segurança e o valor em termos de resultados para a sua saúde e conseqüentemente a sua adesão ou não ao tratamento. Este contexto reforça a importância, de avaliar os medos e crenças, por vezes falsas, relacionadas com a medicação, pois podem levar a uma baixa adesão à medicação (GORDON; SMITH; DHILLON, 2007).

Monsivais e Mcneill (2007) afirmam que receios relativos, aos efeitos secundários causados pela toma continuada de medicação, à dependência, à ineficácia ou à combinação dos vários fármacos prescritos, fomentam algumas das principais crenças acerca dos fármacos e levam a uma adesão parcial ou, até mesmo, não adesão à terapêutica. Em concordância com estes autores, Horne, (2006), Treharne, Lyons e Kitas, (2004), explicam que a não adesão está frequentemente relacionada com o modo como os pacientes avaliam a necessidade do medicamento que lhes é prescrito,

podendo estes apresentar efeitos adversos, devido às suas preocupações sobre os potenciais efeitos negativos dos medicamentos que estão a tomar. A investigação mostra que a perspectiva do paciente, relativamente às convicções pessoais sobre os medicamentos, tem importância na não adesão à medicação.

Horne, Weinman e Hankins, (1997) consideram que diferentes indivíduos têm percepções diferentes acerca do papel, significado e grau de importância ou de risco associados ao consumo de fármacos e, como tal, desenvolvem diferentes crenças acerca dos mesmos, podendo estas crenças influenciar a forma como os indivíduos aderem ao tratamento farmacológico.

Cada doença crónica é específica e tem um impacto próprio no indivíduo, família e comunidade. Deste modo, torna-se importante o estudo da especificidade dos problemas e das complicações comuns que acompanham as várias perturbações de saúde, para que se possa compreender e ajudar as pessoas com doenças crónicas.

As crenças nos fármacos, foram avaliadas no presente estudo, devido ao facto da literatura sugerir a sua influência nos comportamentos relacionados com a saúde (FIGUEIRAS; MACHADO; ALVES, 2002) e na adesão terapêutica (WHO, 2003).

2.3. CRENÇAS E ADESÃO NO DOENTE COM DCI.

Cardiopatia Isquémica é o termo utilizado para descrever as doenças cardíacas provocadas por depósitos arterioscleróticos que conduzem à redução do lúmen das artérias coronárias. O estreitamento pode causar Angina de Peito ou Enfarte de Miocárdio, se em vez de redução do lúmen arterial se verificar obstrução total do vaso; (PORTAL DA SAUDE, 2009). Na fisiopatologia da cardiopatia isquémica dois processos estão implicados: a oferta e a demanda de oxigénio pelo miocárdio. A isquemia miocárdica ocorre quando há desequilíbrio na oferta e na demanda de oxigénio (CARVALHO e SOUSA, 2001).

A apresentação clínica da doença coronária varia desde a angina estável até a morte súbita. Nesse espectro encontram-se os quadros de enfarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST, enfarto agudo do miocárdio sem supra desnivelamento do segmento ST e angina instável, actualmente catalogados como síndromes coronárias agudas (CARVALHO e SOUSA, 2001).

A compreensão sobre as crenças relacionadas aos comportamentos de saúde cardiovascular é fundamental para se conseguir a adesão dos pacientes às prescrições e dos indivíduos saudáveis aos comportamentos de prevenção.

Estima-se que em alguns países da União Europeia a mortalidade por doença coronária represente cerca de 65% de toda a mortalidade. De acordo com a WHO (2009), em 2030 morrerão 23,6 milhões de pessoas devido a alguma forma da doença cardiovascular e este aumento será mais evidente nos países mediterrâneos, como no caso de Portugal. A doença cardíaca isquémica foi responsável por 23% das mortes a nível nacional; apesar desta elevada percentagem, a taxa de mortalidade por DCI em Portugal é um das mais baixas a nível europeu. Já o Portal da Saúde (2009) alerta para o facto de a doença cardiovascular ser actualmente responsável por cerca de 40% do total de óbitos, assumindo-se como a principal causa de morte e uma importante causa de incapacidade mental e física em Portugal.

Os factores de risco mais referidos para a doença cardiovascular são o consumo de tabaco, a tensão arterial elevada, as dislipidemias, o excesso de peso e a obesidade, a diabetes mellitus, o consumo de álcool em excesso e o stress psico-social. Todos estes factores de risco são relacionados com características comportamentais, mas existem também factores de risco de intrínsecos às pessoas como a idade, o sexo, a etnia e factores genéticos (CARVALHO e SOUSA, 2001).

O tratamento médico consiste no controlo dos factores de risco, na utilização dos fármacos apropriados e na modificação dos estilos de vida (FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA, 2011).

O conhecimento das crenças e de outros conteúdos cognitivos pode favorecer a criação de estratégias capazes de identificar, avaliar e modificar interpretações da própria doença e por consequência os comportamentos relacionados à adesão ao tratamento. A pesquisa sobre crenças e comportamentos de saúde leva-nos a considerar diversos aspectos relevantes associados à doença e ao comportamento específico, nomeadamente as características sócio-demográficas dos sujeitos, o estado de saúde e outros factores externos (DELA COLETA, 2004).

Um elevado número de estudos apontam para uma taxa de adesão, em pessoas com doenças crónicas, nos países desenvolvidos na ordem dos 50%, sendo a magnitude e impacto da não adesão ainda maior nos países mais pobres (MAIA, 2008).

São muitos os factores cognitivos a serem explorados na complexidade do processo de decisão em relação à saúde. No que se refere à prevenção de doenças cardiovasculares, o Modelo da crenças em saúde foi eficaz, juntamente com outras

variáveis, para explicar o comportamento de diminuir ou parar de fumar (PEDERSON; WANKLIN; KNIGHT; BRUN, 2010), seguir a dieta para perder peso (O'CONNELL; JURS; 1985), praticar exercícios, consumir alimentos saudáveis (SCHAFER, 1995) e outros comportamentos de saúde geral (MULLEN; HERSEY, 1987).

Num programa supervisionado para doentes coronários, foram verificadas as crenças relacionadas aos exercícios e à doença, verificou-se que a motivação para a saúde e a severidade percebida na doença coronária estavam relacionadas com a adesão ao programa de exercícios. (MIROTZNIK, 1995). O MCS foi também testado na melhoria da adesão ao tratamento de 72 pacientes hipertensos, verificando-se que, após a intervenção, houve um aumento na marcação de consultas e na continuidade dos cuidados (JONES; JONES e KATZ, 1987).

Num estudo cujos objectivos foram o levantamento de crenças sobre comportamentos de saúde cardiovascular (DELA COLETA, 1995), a autora verificou que a amostra total apresentava crenças positivas a respeito de se fazer exercícios, evitar preocupações, ter horas de lazer e diversão e manter o peso. De 90 a 95% da amostra tinha crenças positivas sobre usar menos sal, comer menos gorduras, ter tempo para descanso, medir a pressão arterial, consultar o médico anualmente, não fumar e tomar os medicamentos receitados pelo médico (DELA COLETA, 1995).

Gus et al. (2004) apud Mion et al., (2006) revelou que, em 50,8% de indivíduos adultos que sabiam ser hipertensos, só 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada. A hipertensão aumenta 3-4 vezes o risco de doença cardíaca isquêmica, e 2-3 vezes o risco cardiovascular global (OMS, 2004). Estima-se que 40% dos casos de enfarte agudo do miocárdio (IAM) ou AVC são atribuíveis à hipertensão. Apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes, os estudos mostram que em muitos países, menos de 25% dos pacientes tratados para hipertensão conseguem uma pressão arterial óptima. A baixa escolaridade esteve presente na prevalência da hipertensão arterial sistémica num estudo de Gus et al. (2004). A baixa adesão tem sido identificada como a causa considerável de falta de controlo da hipertensão (OMS, 2004).

Pacientes que não aderem ao tratamento com beta-bloqueadores tiveram 4,5 vezes mais probabilidade de ter complicações coronárias do que aqueles que o fizeram (OMS, 2004). O conhecimento e crenças dos doentes acerca da saúde demonstraram ter efeito no comportamento relativo à toma da medicação (BALKRISHAN, 1998,apud SIMÃO, 2009).

Gordon et al., (2007) afirma relativamente a doenças crónicas, que os principais problemas encontrados relacionados com o uso de medicação foram: as percepções das doentes relativas à doença; o medo dos efeitos secundários e suas formas de confronto; as crenças dos sujeitos relativamente ao uso de medicamentos; problemas cognitivos, físicos, e sensoriais, os quais interferem na capacidade dos sujeitos de administrar a sua medicação; a falta de informação ou compreensão relativa ao uso dos medicamentos e problemas atribuídos ao acesso e organização dos serviços de saúde.

A duração do tratamento é também um factor associado aos níveis baixos de adesão (VANI e BABANI apud JOYCE-MONIZ e BARROS, 2005), sendo os doentes crónicos são aqueles que menos cumprem as prescrições (BECKER e ROSENSTOCK apud JOYCE-MONIZ e BARROS, 2005).

Frequentemente, apenas a cultura individual do doente é tida em conta, contudo a cultura do sistema de saúde e da sociedade contemporânea têm também grande influência na formação de crenças e atitudes acerca da medicação, criando muitas vezes confusões para técnicos e doentes (MONSIVAIS e MCNEILL, 2007). Assim, a doença crónica requer muito tempo e colaboração entre o profissional de saúde e o doente, embora constrangimentos relativos ao tempo não permitam que tal aconteça. Ouvir com atenção, esclarecer a história do doente, é algo tão importante e tão pouco utilizado no sistema de saúde actual (MONSIVAIS e MCNEILL, 2007).

3 - ADESÃO Á MEDICAÇÃO

Rapley (1997), Morisson (1993) afirmam que aderir a um tratamento significa aceitar e seguir correctamente o tratamento proposto pelo profissional de saúde, seja ela medicação, dietas ou mudanças no estilo de vida. Outros factores que influenciam a adesão a um tratamento são, as características do próprio tratamento, as condições particulares do paciente, o relacionamento com a equipe médica, variáveis psicológicas do próprio paciente bem como dos seus familiares e amigos, os aspectos psicossociais e socioeconómicos, entre outros (KURITA; PIMENTA, 2003).

Actualmente um dos principais problemas do sistema de saúde relaciona-se com o abandono ou cumprimento incorrecto dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde. Deste modo, uma das mais importantes causas do insucesso terapêutico encontra-se ligada à não adesão ou adesão incompleta à terapêutica medicamentosa, contribuindo para um aumento da morbidade e mortalidade (GALLAGHER; VISCOLI; HORWITZ, 1993).

3.1 - CONCEITOS DE ADESÃO E NÃO ADESÃO

Ao longo da literatura verifica-se uma certa dificuldade para definir adesão aos tratamentos médicos. Têm sido propostas várias definições, e expressões alternativas relativamente ao processo de adesão, como por exemplo, cumprimento (*compliance*) e aderência (*adherence*).

A “compliance” enquanto conceito define o nível de concordância entre o comportamento de uma pessoa e o aconselhamento do profissional de saúde (HAYNES, 1981). Os pacientes deviam assim cumprir obrigatoriamente todas as indicações dadas e eram responsabilizados pelos desvios que pudessem ocorrer face á prescrição (CABRAL e SILVA, 2009). Em alternativa surge o termo “Adesão”em que o paciente é reconhecido como interveniente activo do processo, uma vez que compreende e aceita a prescrição, partilhando a responsabilidade do tratamento com os profissionais de saúde que o seguem (CABRAL e SILVA, 2009).

Os dois termos podem, portanto, ser utilizados como sinónimos, desde que “compreendam a existência de um acordo/aliança entre ambas as partes, respeitando crenças e desejos. Devem simplesmente constatar um facto, e não classificar, de forma depreciativa, o doente, o profissional de saúde ou o tratamento prescrito” (BUGALHO e CARNEIRO, 2004, p. 10).

Ho, Bryson e Rumsfeld (2009) reforçam o facto da adesão á terapêutica consistir num envolvimento activo e voluntário do doente, relativamente a comportamentos que produzam resultados terapêuticos. Em suma, a adesão por parte de um doente pode referir-se, à aquisição das prescrições médicas, tomar a dose correcta de medicação para cada dia e à implementação e manutenção do tratamento pelo período estabelecido (SIMÃO, 2009).

Outros autores referem a adesão como utilização dos medicamentos prescritos ou de outros procedimentos, em pelo menos 80% da sua totalidade, incluindo o cumprimento do horário, dose e tempo de tratamento estabelecido é cumprido (LEITE e VASCONCELOS, 2003).

A não adesão ocorre quando o comportamento do doente não coincide com as recomendações do profissional de saúde. Este conceito não diz respeito unicamente á ingestão de medicamento, mas também ao seguimento da dieta, mudanças no estilo de vida e ainda pela concordância com as recomendações do médico ou de outro profissional de saúde (WHO, 2003; OSTERBERG e BLASCHKE, 2005 apud CABRAL e SILVA, 2009).

O fenómeno de não adesão pode ser classificado: em consumo excessivo, quando os doentes tomam maior número de fármacos que o necessário ou prescrito, ou tomam fármacos que não necessitam; consumo deficiente, que se refere ao descuido em iniciar a medicação, à interrupção precoce e à falha constante de tomar a quantidade de medicação recomendada; consumo irregular, por erros no seguimento correcto das instruções, quer por erros de dosagem (diminuição ou aumento), ou toma fora de horas; consumo contra-indicado ou inadequado ocorre quando o doente toma medicação inadequada (WHITTINGTON, 1995).

Embora a não adesão ocorra em todas as idades, alguns estudos sugerem maiores taxas de não adesão entre a população idosa (STUCK e TAMAI, 1991 apud SIMÃO, 2009). Diversos estudos evidenciam a dificuldade que os doentes têm em administrar de forma correcta a sua medicação, experienciando um vasto leque de problemas associados (GORDON; SMITH; DHILLON, 2007) nomeadamente défices sensoriais do doente, questões financeiras (STUCK & TAMAI, 1991), maior ocorrência

de doenças crónicas, existência de múltipla medicação, isolamento social, e confusão mental (SCHWARTZ, WANG, ZEIT; GLOSS (1962) apud PAMPLONA, 1997).

3.2 - FACTORES RELACIONADOS COM A NÃO ADESÃO À MEDICAÇÃO

O grau de adesão á terapêutica depende de um conjunto de factores que se relacionam entre si e que afectam directamente o paciente, influenciando o seu comportamento e contribuindo para uma maior ou menor adesão às recomendações sobre o tratamento recomendado para a sua doença (CABRAL E SILVA, 2009).

Dada a complexidade do processo de adesão e as várias formas de o conceber e definir, são também consideradas diversos factores subjacentes a todo o processo de falta de adesão ao tratamento.

Para Blackstock et al., (2005) estes factores dividem-se em:

- **Características do doente:** Compreendem as condições físicas, as características psicológicas, o desconhecimento sobre os tratamentos e a incapacidade de compreensão e interpretação da doença, o contexto familiar, social, profissional e sócio-cultural e o nível sócio-económico de difícil acesso a cuidados de saúde.
- **Características da doença e terapêutica:** Diz respeito á mudança do estilo de vida e ao declínio da adesão ao longo do tempo;
- **Relação com os profissionais de saúde:** Constam às características da relação terapêutica, à insatisfação e desinteresse do doente e da equipa de saúde;
- **Características do sistema de saúde:** Refere-se á necessidade de desenvolver medidas e recursos que promovam a adesão (BLACKSTOCK et al., 2005).

As tendências gerais da literatura tendem a mapear as causas da não adesão e procuram agrupa-las em quatro grandes dimensões (WHO, 2003): Causas demográficas, sociais e económicas; relativas à doença e ao regime terapêutico prescrito; ligadas à relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde.

Como factores contributivos para a não adesão podem ainda ser referidas variáveis como: a complexidade do tratamento; as crenças do paciente sobre o tratamento; as estratégias de confronto adoptadas para enfrentar a doença, e os custos associados à adesão, por exemplo, algumas propostas feitas por parte dos técnicos de saúde podem ser percebidas pelos doentes como perturbadoras ou exigentes, o

que poderá fazer com que estes não se sintam capazes de as cumprir (BENNETT, 2002).

Adicionalmente, outros autores dão mais relevância aos factores psicossociais que podem ser considerados como barreiras à adesão, nomeadamente as características do paciente e da doença, as características da medicação e efeitos secundários e outros factores que possam estar associados (PATEL e DAVID, 2007).

Para além das acima referenciadas, também existem variáveis/ barreiras de não adesão específicas da idade, sendo por isso os idosos mais vulneráveis ao uso errado da medicação. Algumas dessas barreiras consistem no défice/disfunção cognitiva, perda de visão, falta de compreensão, incapacidade para lidar com múltipla medicação, e atitudes, ou crenças acerca dos medicamentos (MURRAY et al., 2004). É de salientar que os idosos têm um maior número de doenças associadas, e evidenciam maiores dificuldades cognitivas e comportamentais, em gerir as exigências de implementar múltiplos comportamentos de adesão, alguns deles envolvendo a medicação (CABRAL e SILVA, 2009).

3.3 - AVALIAÇÃO DA ADESÃO À MEDICAÇÃO

A não adesão ao regime terapêutico tem reflexos ao nível, das complicações médicas e psicossociais da doença, redução da qualidade de vida do paciente e aumento dos gastos com recursos de saúde. Torna-se por isso importante avaliar o nível de adesão dos doentes ao tratamento.

A escolha do método de avaliação, vai depender do tipo de doença, do regime terapêutico e da própria definição de adesão escolhida e dos objectivos particulares, dado não existir uma só medida universal e unânime (DELGADO e LIMA, 2001).

Podem utilizar-se métodos directos ou indirectos como as entrevistas. Nos resultados terapêuticos, podem ainda considera-se medida comportamentais como a contagem de medicamentos ou os mais recentes monitores computadorizados de adesão e métodos directos como os marcadores bioquímicos. Contudo, todos estes métodos apresentam algumas limitações, uma vez que o recurso a entrevistas e relatórios de auto-avaliação podem ser pouco confiáveis, pois os doentes por vezes mentem sobre a toma de medicamentos, para agradar ou evitar a desaprovação (DELGADO; LIMA, 2001).

A contagem de comprimidos pode-se também revelar enganadora, pois traduz o número dos mesmos que foi removido do frasco e não o número realmente ingerido (FISHMAN et al., 2000).

Por sua vez, a técnica de utilização de marcadores biológicos, na qual é calculada a concentração do medicamento (ou marcadores biológicos especiais adicionados aos comprimidos) no sangue ou na urina do doente, embora seja exacta, é pouco prática e dispendiosa na maioria dos contextos clínicos.

O método de monitorização de renovação da receita permite obter uma informação clara sobre as receitas que foram adquiridas e, por vezes, alguns medicamentos que possam ter sido entregues, no entanto, essa informação não permite ter a certeza se os medicamentos foram efectivamente tomados (BUTLER; ROLLNICK, 2003).

Apesar de todas estas limitações acima referidas o processo de avaliação da não adesão é indispensável para a compreensão das dificuldades existentes na adesão ao tratamento, permitindo delinear estratégias para uma intervenção mais eficaz e com melhores resultados terapêuticos (DELGADO; LIMA, 2001)

Como referem Bugalho e Carneiro (2004:10), a não adesão às terapêuticas médicas crónicas é um problema de etiologia multifactorial. Os problemas de adesão verificam-se em todas as situações em que existe auto-administração do tratamento, muitas vezes independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos de saúde. Não tem apenas consequências para o utente, transporta graves consequências para a saúde pública: aumento do custo-efectividade dos cuidados de saúde, deterioração do estado individual de saúde com possíveis implicações na saúde pública devido ao acréscimo da morbilidade e mortalidade e da resistências criadas aos fármacos.

3.4 - INTERVENÇÕES PARA MELHORAR A ADESÃO

Apesar de muitos estudos terem sido realizados sobre o problema da adesão/não adesão, ainda não foi encontrada uma estratégia para manter o paciente fiel ao tratamento (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Segundo a WHO (2003), foram identificados vários pontos-chave para melhoria da adesão à terapêutica, dos quais se salientam: I) os pacientes necessitam de apoio, e não de repreensão; II) a baixa adesão, em terapias de longa duração, proporciona

baixos resultados em saúde e aumento nos custos da atenção à saúde; III) há aumento da segurança do paciente com a adesão à terapêutica; IV) a adesão é um importante modificador da efectividade do sistema de saúde; v) melhorar a adesão é um importante investimento no caso de doenças crónicas; VI) requer-se evolução do sistema de saúde para encontrar novas soluções para os problemas de adesão; e VII) há necessidade de uma abordagem multidisciplinar à adesão.

Estes pontos-chave traduzem-se em intervenções nas principais barreiras de adesão à terapêutica (WHO, 2004:51).

- Socioeconómicas, dirigidas a barreiras como pobreza, acesso à saúde e medicamentos, analfabetismo, fracas redes sociais e mecanismos de prestação de serviços de saúde desajustados das crenças culturais sobre doença e tratamento;
- Sobre as equipas e sistemas de saúde, dirigidas a barreiras como, desconhecimento sobre o tema, défice de ferramentas clínicas no auxílio aos profissionais de saúde para monitorizar e intervir nos problemas de adesão, má comunicação entre profissionais de saúde e doentes, e falhas de atenção para as doenças crónicas;
- Relacionadas com o tratamento, dirigidas a barreiras como, número e dosagem do medicamento, frequência e efeitos adversos da medicação;
- Relacionadas com a doença, dirigidas a barreiras como, exigências específicas da doença, sintomatologia e limitações que doença implica;
- Relacionadas com o utente, dirigidas a barreiras como, falta de informação, falta de motivação, de auto-estima, de auto-eficácia, falta de apoio na mudança de comportamentos.

PARTE II – ESTUDO EMPIRICO

Capítulo 4 – METODOLOGIA

Capítulo 5 – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Capítulo 6 – DISCUSSÃO

4 - METODOLOGIA

Na elaboração e desenvolvimento de um projecto de pesquisa, torna-se necessário um planeamento cuidadoso e reflexões conceptuais sólidas alicerçadas nos conhecimentos já existentes. A metodologia ou fase do planeamento do método é a explicação, minuciosa, detalhada, rigorosa e exacta de todas as acções desenvolvida ao longo do trabalho de pesquisa. Inclui todos os elementos que ajudam a conferir à investigação um caminho ou direcção (FREIXO, 2009, p. 177).

Desta forma, a análise da metodologia adoptada na presente pesquisa compreenderá a conceptualização do estudo, as hipóteses de investigação, os instrumentos de recolha de dados utilizados, a caracterização da amostra e todos os procedimentos efectuados.

4.1 - PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO

A população em geral tem crenças de senso comum acerca dos medicamentos, independentemente da experiência directa com uma doença, que podem influenciar os comportamentos relacionados com a saúde, nomeadamente com a adesão à terapêutica (FIGUEIRAS et al., 2002). A não adesão à terapêutica medicamentosa nos doentes com DCI é um problema que acarreta graves repercussões ao nível do estado de saúde e qualidade de vida do doente/família (MACHADO, 2009). Este facto é justificativo da escolha da problemática do presente estudo - “As Crenças nos fármacos, terão influência na Adesão ao tratamento farmacológico do doente com Doença Coronária Isquémica?”

Nesta sequência formulamos as seguintes questões de investigação:

- Qual o perfil sócio-demográfico e sócio-familiar do doente com DCI?
- Quais os estilos de vida do doente com DCI?
- As variáveis sócio-económicas e demográficas influenciam as CNF adoptadas pelo doente com DCI? Existe relação entre a Periodicidade das consultas e as CNF dos doentes com DCI?
- As variáveis Clínicas influenciam as CNF adoptadas pelo doente com DCI?

- As variáveis relacionadas com a Terapêutica Farmacológica influenciam as CNF adoptadas pelo doente com DCI?
- Existe relação entre as CNF e a Adesão à terapêutica medicamentosa do doente com DCI?

Para dar resposta à problemática referida previamente e às questões da investigação enunciadas foram formulados, no presente estudo, os seguintes objectivos específicos:

- Descrever o perfil sócio-demográfico, familiar e de saúde do doente com Doença Cardíaca Isquémica;
- Analisar a influência e ou casualidade das variáveis, sócio-familiares, clínicas e relacionadas com a terapêutica farmacológica, com as Crenças nos fármacos (CNF).
- Analisar a relação entre as crenças e as medidas de adesão ao tratamento (MAT)
- Estimar a predição da variável CNF na adesão ao tratamento farmacológico do doente com doença coronária isquémica.

Para responder aos objectivos estabelecidos, o estudo foi organizado em duas fases:

- Na primeira, pretende-se relacionar as diversas variáveis seleccionadas com as CNF.
- A segunda visa relacionar as CNF com a Adesão ao tratamento farmacológico.

4.2 TIPO DE ESTUDO E DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Foi desenvolvido um estudo do tipo não-experimental, quantitativo, transversal, descritivo-correlacional.

É um estudo quantitativo uma vez que procura estabelecer factos, examinar e explicar relações entre variáveis, por meio da verificação de hipóteses. Traduz em números, opiniões e informações para classificá-los e organizá-los recorrendo a métodos estatísticos (FORTIN, 2009). Não experimental, porque se desenvolve em contexto natural sem que haja a introdução de uma variável independente (FORTIN, 2009).

Esta investigação é de natureza transversal quanto ao tempo em que decorre o estudo, já que os questionários foram aplicados num período pré-definido, relativo ao momento presente. Tem como finalidade medir a frequência de um acontecimento ou problema, numa população num determinado momento (FORTIN, 2009).

Consiste num estudo descritivo-correlacional, na medida em que explora as relações entre as variáveis, de forma a determinar quais são as variáveis associadas ao fenómeno estudado (FORTIN, 2009).

O desenho de investigação sendo um guia para a planificação e realização do estudo, expõe as variáveis que foram seleccionadas no presente estudo segundo os objectivos da investigação a realizar. A articulação das variáveis estudadas é representada no modelo esquematizado na Figura 1.

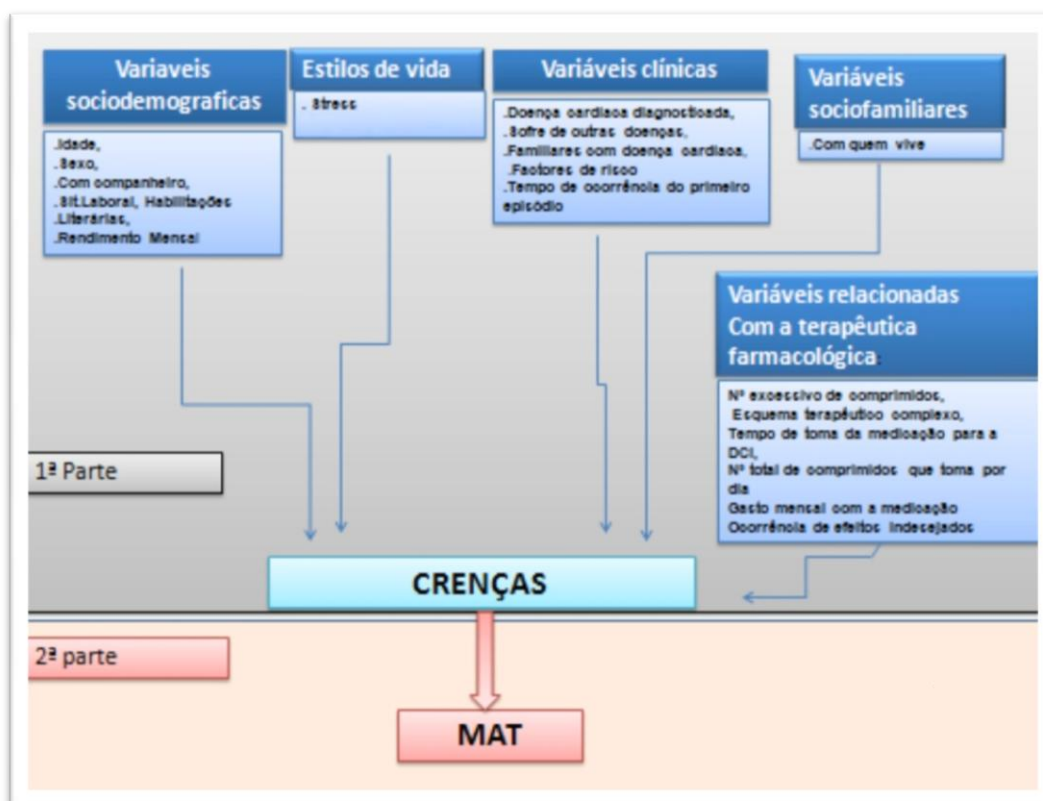


Figura 1 – Desenho de investigação. Fonte: Elaboração própria.

Com base nos objectivos descritos e nas questões de investigação, equacionaram-se as seguintes hipóteses:

H1: Existe relação entre as variáveis sócio-demográficas e familiares (idade, Sexo, Estado marital, Habilitações literárias, Residência, Situação laboral, Rendimento e Coabitação) e as CNF do doente com DCI.

H2: Existe relação entre o stress, as variáveis clínicas (doença cardíaca diagnosticada, sofre de outras doenças, familiares com doença cardíaca, factores de risco, tempo de ocorrência do 1º episódio), as variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica (n.º excessivo de comprimidos, esquema terapêutico complicado, tempo de toma da medicação para a DCI, n.º total de comprimidos que toma por dia e ocorrência de efeitos secundários) e as CNF do doente com DCI.

H3: As CNF predizem a Adesão ao tratamento farmacológico no doente com DCI.

4.3 - PARTICIPANTES

A obtenção da amostra para o presente estudo foi possível através de um conjunto de acções continuadas, desde a definição da população alvo até ao estabelecimento dos diferentes contactos institucionais e individuais.

A amostra foi não probabilística por acessibilidade, uma vez que é formada pelo grupo de indivíduos portadores de Doença Cardíaca Isquémica, em regime de ambulatório, que recorreram à consulta externa do Hospital Pêro da Covilhã, no período de 15 de Maio a 2 de Junho de 2011.

Os participantes considerados elegíveis no presente estudo foram todos os adultos (maiores de 18 anos), diagnosticados com Doença Cardíaca Isquémica e com o último episódio de SCA inferior a 5 anos.

Foram excluídos do presente estudo, os utentes institucionalizados, utentes portadores de deficiência mental ou patologia psiquiátrica e utentes que se encontrassem sob o efeito de álcool ou de estupefacientes.

O presente estudo incidiu sobre uma amostra de 300 doentes (181 do sexo masculino e 119 do sexo feminino), registados no programa *Sonho* do Hospital Pêro da Covilhã, por ocorrência de episódio de DCI, nos últimos cinco anos. O hospital em questão pertence ao Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, e engloba os concelhos da Covilhã, Belmonte, Fundão e Penamacor.

Com base nos critérios de inclusão e exclusão, a amostra do presente estudo consistiu em 115 indivíduos. Destes foram excluídos 3 indivíduos pelo facto de os seus formulários não se encontrarem totalmente preenchidos e outros 2 indivíduos por não se disponibilizarem para assinar o consentimento. Deste modo, a amostra total é apenas constituída por 110 sujeitos.

Caracterização sócio-demográfica e sócio-familiar

A amostra em estudo é constituída por 110 indivíduos AS características sócio-demográficas da amostra serão explicadas mais aprofundadamente em apêndice (**APÊNDICE I**). Neste ponto será apenas efectuado uma breve caracterização.

Em síntese, a amostra em estudo é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo masculino (68,2%). A idade média dos homens é de 64 anos (dp=9) e a das mulheres é de 72 (dp=10). A maioria dos indivíduos da amostra tem companheiro (79,1%), normalmente o cônjuge. (62,7%), Possuem apenas o ensino primário (44,5%), residem na cidade (60%) e são reformados (79,1%). No que diz respeito aos indivíduos activos profissionalmente (15,5%), na sua generalidade pertence ao grupo de pessoal administrativo e similares (31,3%) e ainda (25%) de pessoal não qualificado, sendo de salientar que grande maioria dos indivíduos da amostra (50,9%) possui um rendimento mensal inferior a 485 euros e coabitam com o cônjuge (62,7%).

4.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Relativamente à recolha dos dados do presente trabalho, optou-se pela utilização de um questionário (**APÊNDICE II**), que engloba quatro componentes:

- Componente sócio-demográfica, familiar e clínica: permitiu recolher informações acerca das características sócio-demográficas e familiares (Grupos de idades, Sexo, Estado marital, Habilitações literárias, Residência, Situação laboral, Rendimento e Coabitação - com quem vive). As questões clínicas permitiram obter dados referentes às características clínicas (Tempo de ocorrência do 1º Episódio, Outros episódios, Factores de risco, Outras doenças, Familiar directo com DCI e Limitações físicas).
- Componente relacionada com a terapêutica farmacológica (N.º excessivo de comprimidos, Esquema terapêutico complicado e Ocorrência de efeitos secundários).
- A terceira componente foi destinada à avaliação do nível de adesão aos tratamentos, através da versão portuguesa da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (DELGADO e LIMA, 2001) (**APÊNDICE III**)
- A quarta componente permitiu avaliar as representações de fármacos prescritos para uso pessoal, foi aplicado à amostra o Questionário de Crenças acerca dos

Fármacos, na versão portuguesa do *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ) de Pereira e Silva (1999), BMQ específica (BMQe). **(APÊNDICE III)**

De forma a avaliar a acessibilidade e compreensão das perguntas do formulário, foi aplicado um pré-teste a 12 indivíduos, com critérios de selecção da amostra. Como resultado, algumas perguntas foram simplificadas de forma a minimizar o risco de não colaboração no preenchimento por parte dos indivíduos abordados.

4.5 - PROCEDIMENTOS

Procedimentos éticos e legais

Para cumprir todas as questões éticas e legais referentes ao recurso dos instrumentos acima referidos, foram conseguidas as devidas autorizações, por meio de um pedido formal de autorização dirigido ao Conselho de Administração do Hospital Pêro da Covilhã e respectiva Comissão de Ética, bem como aos Directores dos departamentos de Medicina, de Urgência e Emergência, e da Consulta Externa **(ANEXO I)**. Foram também obtidas as autorizações dos respectivos autores das escalas utilizadas no presente estudo, nomeadamente MAT e BMQ. **(ANEXO II)**

Por fim, foram obtidos formalmente o consentimento livre e informado de todos os sujeitos da amostra **(APÊNDICE IV)**. A administração dos procedimentos foi precedida por uma breve explicação sobre os objectivos, na qual também foi reforçado o facto de o estudo assegurar o anonimato e confidencialidade dos participantes.

Tratamento estatístico

Os dados obtidos foram submetidos ao programa de tratamento estatístico Statistical Package for Social Science, versão 19,0 (SPSS).

No presente estudo foi efectuada uma análise descritiva dos dados e uma análise inferencial. Na primeira, recorreu-se à análise de frequências, médias, desvios padrão e coeficientes de variação (CV), sendo utilizados intervalos definidos por Pestana e Gajero (2008): “ $CV \leq 15\%$ – Dispersão fraca”; “ $15\% < CV \leq 30\%$ – Dispersão média”; “ $CV > 30\%$ – Dispersão elevada”. A simetria e a curtose, também foram analisadas segundo os valores definidos por Pestana e Gajero (2008): Skewness/error (S/e) ≤ -1.96 – assimétrica negativa ou enviesada à direita”; “ $-1.96 < S/e \leq 1.96$ – simétrica”; “S/e > 1.96 – assimétrica positiva ou enviesada à esquerda”.

1,96 – assimétrica positiva ou enviesada à esquerda” e “Kurtosis/error (K/e) \leq -1.96 – platicúrtica”; “-1.96 <K/e \leq 1.96 – mesocúrtica”; “K/e > 1,96 – leptocúrtica.

A análise inferencial foi realizada com o intuito de verificar as hipóteses enunciadas no presente estudo. Foram aplicados testes paramétricos sempre que as variáveis de natureza quantitativa seguiam a distribuição normal (MAROCO, 2007), foi usado o teste Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade da distribuição das variáveis. Para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (MAROCO, 2007). Mesmo não se verificando a condição de normalidade, no caso de algumas variáveis, optou-se pela realização de testes paramétricos, dado que com um N superior a 30, apesar da distribuição da amostra não ter as características das curvas *gaussianas*, a distribuição t com X graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal (PESTANA e GAGEIRO, 2008). Os testes paramétricos são bastante robustos, podendo estes serem utilizados mesmo quando o pressuposto de normalidade não se verifica, a menos que os dados tenham uma distribuição muito diferente da normal (MAROCO, 2007).

Os testes paramétricos aplicados foram o teste *t-Student* (para comparação de médias entre dois grupos dependentes ou relacionado), e a análise de variância a um factor e análise de variância a um factor (ANOVA), para a comparação de médias de uma variável quantitativa em mais de dois grupos em estudo. Complementando o teste ANOVA, foi utilizado o teste *Post Hoc – Tukey*.

No Teste *t-Student* foi utilizado o teste de homogeneidade de *Levene* para selecção do valor do teste *t* mais adequado, considerando que se assume a igualdade das variâncias quando a significância do teste de *Levene* foi superior a 0,05. (PESTANA e GAJEIRO, 2008)

Quando considerado adequado, foi utilizada a Regressão linear, considerando os valores de r que Pestana e Gageiro (2008) 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”

As hipóteses foram testadas utilizando um nível de confiança de 95%, do qual resulta um nível de significância de 5,0% ($\alpha=0,05$), permitindo assim afirmar que existe relação entre as variáveis, caso se verifique, com um grau de certeza de 95,0%, isto é, considerando uma probabilidade de erro inferior a 5%. Os critérios de decisão em relação aos testes de hipóteses são baseados no estudo das probabilidades se o nível de significância (p) for inferior a 0,00 e rejeitam-se este for superior.

5 – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

De acordo com os objectivos e as hipóteses do estudo, neste capítulo apresenta-se os resultados descritivos da amostra e os resultados da análise inferencial das hipóteses.

Os dados obtidos através da aplicação do questionário, são descritos de acordo com as características, sócio-demográficas e sócio-familiares, estilo de vida, clínicas e relacionadas com a terapêutica farmacológica. Por último, são apresentados os dados descritivos das duas escalas utilizadas no estudo: Medida de adesão aos tratamentos (MAT) e Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (BMQe).

5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Caracterização dos Estilos de vida

A caracterização exaustiva dos estilos de vida foi remetida para apêndice (**APÊNDICE V**) devido às limitações do trabalho em termos de nº de páginas.

Os indivíduos foram agrupados em três **Grupos de estilos de vida**, *Estilo de vida equilibrado*, *Estilo de vida intermédio* e *Estilo de vida desequilibrado*, criados com recurso ao *Método dos Grupos Extremos Revisto* (PESTANA e GAGEIRO, 2008). Analisando este grupos pode aferir-se que 100% dos indivíduos se encontram inseridos no grupo de *Estilos de vida Equilibrados*. (**APÊNDICE V, Quadro 4**).

– No valor global de Estilos de Vida o mínimo é de 64 e o máximo de 100, o que corresponde a uma média de 81,37 (dp=7,71) (**APÊNDICE V, Quadro 5**)

– Quanto aos grupos de estilos de vida, 100% dos inquiridos inserem-se no grupo de estilos de vida *Equilibrados*.

– Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, podemos aferir que 62,7% dos sujeitos ingere Bebidas alcoólicas. Destes, 59,4%, fazem-no *Todos os dias* e 87,0% ingerem *Entre 1-2 copos* (20-24gr de álcool/dia), sendo que a maioria dos que bebe são homens (73,3%). Importa ainda referir que 13,0% dos inquiridos afirma beber *Até um litro* (100gr de álcool/dia). Esta quantidade diária de álcool é ingerida diariamente por 16, 4% dos homens.

- Quanto aos **Hábitos tabágicos**, dos indivíduos da amostra, 60,0% referem que *Nunca fumaram* e 30% da amostra refere *Já ter fumado*.
- No que concerne à **Prática de exercício físico**, dos sujeitos presentes no estudo 51,8% *Não pratica exercício físico* e destes 62,9% são mulheres.
- Analisando a variável **Percepção do tipo de Alimentação** da amostra em estudo, 42,7% dos indivíduos consideram ter uma alimentação *Moderadamente saudável*, 40,9%.
- Quanto à **Frequência das refeições**, 94,5% dos inquiridos toma *todos os dias o pequeno-almoço*, 46,4% *nunca ou quase nunca efectua uma merenda*; 92,7% dos sujeitos *almoça todos os dias*; 48,2% *lancha todos os dias*; 99,1% *janta todos os dias* e 42,7% *ceiam todos os dias*.
- Já na **Frequência de consumo de alguns alimentos**, verificou-se que 90% da amostra refere *nunca ou quase nunca comer sopas instantâneas*; 85,5% refere ainda *nunca ou quase nunca comer hambúrgueres e salsichas* e 83,6% *nunca ou quase nunca ingere Coca-Cola ou outras bebidas gaseificadas*.
- Verifica-se que 52,7% dos indivíduos da amostra sofrem de **Stress** diariamente, sendo que esta variável afecta mais o sexo masculino (56%) do que o feminino (45,7%). (**Apêndice V, Quadro 4**)

Características Clínicas da Amostra

Os dados obtidos demonstram que a maioria dos indivíduos da amostra teve como diagnóstico médico, um EAM (Enfarte Agudo do Miocárdio) (82,7%). Relativamente aos episódios de DCI, constatamos que a maioria dos sujeitos sofreram o 1º episódio de DCI á menos de 5 anos (63,6%) e o 2º e 3º episódio ocorreram á menos de 5 anos (100%) (**APÊNDICE VI, Quadro 6**).

Também foi possível verificar que a maioria dos sujeitos em estudo apresenta factores de risco de DCI (89,1%), maioritariamente Hiperdislipidémia (64,5%) e HTA (60,9%).

A maioria dos indivíduos não possui familiares directos com DCI (56,4%) e a limitação física relacionada com a DCI representa 56,4%.

No tocante ao Índice de Massa Corporal (IMC) a maioria apresentou um valor de correspondente a pré-obesidade (52,7%). O IMC foi classificado segundo WHO (2008)

Quadro 1 – Classificação do IMC.

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

Fonte: WHO (2008)

Foi efectuada uma análise estatística em relação a esta característica, **(APÊNDICE VI, Quadro 7)** e verificou-se um valor mínimo de 18,71 kg/m² e máximo de 41,95 kg/m², apresentando uma média de 27,61 (dp=3,81) e um CV de 13,8%. As mulheres apresentam valores médios para o IMC superiores (\bar{X} =27,92; dp=4,15) aos homens (\bar{X} =27,47; dp=3,65), no entanto não se observa uma diferença estatística significativa (t=-0,58; p=0,53). Também se verifica que a curva é assimétrica positiva (Sw/error=4,16) e leptocúrtica (Kw/error=3,05). **(APÊNDICE VI, Quadro 7)**

Características relacionadas com a terapêutica farmacológica

Os dados descritivos da análise das características relacionadas com a terapêutica farmacológica estão relatados no **(APÊNDICE VI, Quadro 8)**.

Constata-se que todos os indivíduos da amostra tomam medicação para a doença cardíaca, sendo que 37,3% dos mesmos referem tomar estes fármacos há mais de 5 anos.

No que diz respeito à quantidade de comprimidos ingeridos por dia, pode-se observar que o valor varia entre 2 a 16 comprimidos/dia, o que representa uma média de 7,27 comprimidos/dia (dp=2,7). Apesar da elevada média de comprimidos por dia, a maioria da amostra não considerou o número de comprimidos ingeridos excessivo (53,6%), nem considerou o esquema terapêutico instituído complicado (70,9%).

Em relação às restantes características relacionadas com a terapêutica farmacológica, pode-se observar que a maioria dos inquiridos referiu nunca ter interrompido a medicação por sua iniciativa (80,9%) e afirma gastar mensalmente mais de 81 euros de medicação (37,3%). Já em relação aos efeitos secundários, impotência é o principal efeito, sendo referida (31,8%) enquanto 30,8% das mulheres referiu a fraqueza e fadiga.

Da análise estatística da variável relativa ao número total de comprimidos ingeridos diariamente, constata-se que a curva é assimétrica positiva e mesocúrtica ($Sk/error=3,85$ e $Kw/error=1,45$) apresentando forte dispersão ($CV=37,15\%$) (Tabela Tabela 7, Apêndice A). De acordo com estes dados, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos ($t=- 2,518$; $p=0,013$). **(APÊNDICE VI, Quadro 9)**

Caracterização da Adesão à terapêutica – MAT

No presente estudo foi analisada a Adesão a terapêutica medicamentosa dos doentes com DCI, assim sendo, foi efectuada a análise estatística dos dados obtidos pelo uso da escala MAT. Pode-se observar que numa pontuação de 1 a 6, o mínimo obtido é de 3,57 e o máximo é de 6, apresentando uma média de 5,40 ($dp=0,56$). No que diz respeito aos valores obtidos de simetria ($Sk/error=-5,03$) e os valores da curtose ($Kw/error=2,17$), verifica-se que a distribuição da variável é assimétrica negativa com enviesamento à direita e leptocúrtica, com uma fraca dispersão ($CV=10,38\%$). **(APÊNDICE VI, Quadro 10)**

Uma análise desta variável (MAT) em função do género, permite constatar que os homens apresentam uma média superior ($\bar{X}=5,48$; $dp=0,52$) às mulheres ($\bar{X}=5,24$; $dp=0,61$), demonstrando pelo teste de *t-Student*, a existência de uma diferença estatística significativa entre ambos ($t=2,15$; $p=0,03$).

Com base nos valores definidos no estudo para quantificar a variável adesão à terapêutica nas três categorias de adesão à terapêutica: Baixa Adesão ($\leq M - 0,25 dp$); Razoável Adesão ($> M - 0,25 dp$ e $< M + 0,25 dp$); e Boa Adesão ($\geq M + 0,25 dp$) verifica-se que a maioria dos participantes (53,6%) encontra-se no nível de Boa Adesão à terapêutica, sendo esta percentagem correspondente a 60,0% dos homens e 40,0% das mulheres. **(APÊNDICE VI, Quadro 11)**

Caracterização da Crença acerca dos Fármacos (BMQ Especifica)

Através da análise da Quadro 12 **(APÊNDICE VI)**, é possível constatar que a dimensão Necessidades Específicas que avalia as crenças dos doentes acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita varia entre um valor mínimo

de 5 e um máximo de 25, o que correspondente a uma média de 9,25 (dp=4,17) e apresenta uma forte dispersão em torno da sua média (CV=45,08). A distribuição é simétrica positiva (Sk/error=5,93) e leptocúrtica (Kw/error= 5,12). Em relação à média apresentada pelos indivíduos do sexo masculino (\bar{X} =9,53; dp=4,21) é superior à do sexo feminino (\bar{X} =8,66; dp=4,07), deste modo, através da realização do teste *t-Student*, verifica-se que não existem diferenças significativas entre os grupos (t=1,03; p=0,31).

No que diz respeito à dimensão Preocupações específicas que avalia as crenças relacionadas com os perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo, esta oscila entre 6 e 25, o que corresponde uma média de 15,41 (dp=4,90), com forte dispersão (CV=31,80%). A sua distribuição é simétrica (Sw/error=-0,19) e mesocúrtica (Kw/error=-1,69). A média dos homens (\bar{X} =15,85; p=4,52) é superior à média das mulheres (\bar{X} =14,46; dp=5,53). De acordo com o teste *t-Student*, não existem diferenças estatisticamente significativas (t=1,30; p=0,20). **(APÊNDICE VI, Quadro 12)**

5.1 - ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva é apresentada, de seguida, a análise inferencial dos dados. Esta análise tem como objectivo verificar a validade das hipóteses enunciadas no estudo e deste modo, analisar a possível existência de uma relação significativa entre as variáveis em estudo.

Neste contexto, de forma a cumprir o desenho de investigação, a análise inferencial foi organizada em duas partes. Na primeira parte, as crenças acerca dos fármacos foram assumidas como variáveis dependentes, com o propósito de averiguar quais os factores que as influenciam, nos doentes com DCI. Deste modo, o BMQ foi associado com as variáveis sociodemográficas e familiares, com o Stress, com algumas variáveis clínicas e com variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica.

Na segunda parte, assumiu-se como variável dependente a Adesão aos Tratamentos, relacionando-a com as crenças acerca dos fármacos, com o objectivo de verificar qual a influência desta última sobre a Adesão à terapêutica farmacológica no doente com Doença Cardíaca Isquémica.

Para testar estas hipóteses foram executados testes paramétricos nomeadamente testes *t-Student*, análises de variância (ANOVA) e regressão linear simples. As hipóteses foram testadas utilizando um nível de confiança de 95%, do qual resulta um nível de significância de 5,0%, permitindo afirmar que existe relação entre as variáveis, caso se verifique, com um grau de certeza de 95,0%.

Os critérios de decisão em relação aos testes de hipóteses são baseados no estudo das probabilidades se o nível de significância (p) for inferior a 0,05 e rejeitam-se este for superior.

É de referir que a relação entre as variáveis Idade, Tempo de Toma da Medicação, Número Total de Comprimidos que Toma por Dia e Gasto Mensal e as CNF dos doentes com DCI, foram analisadas separadamente por regressões lineares e múltiplas.

H1: Existe relação entre as variáveis sócio-demográficas e familiares (idade, Sexo, Estado marital, Habilitações literárias, Residência, Situação laboral, Rendimento e Coabitação - com quem vive) e as CNF do doente com DCI.

Ao analisar os dados referentes à variável sexo e CNF nos doentes com DCI (**APÊNDICE VII, Quadro 13**), é possível constatar que indivíduos do sexo masculino apresentam médias superiores aos do sexo feminino na dimensão das Necessidades Específicas, bem como na dimensão Preocupações Específicas. Contudo, com base no teste *t-Student*, não se verificam diferenças estatísticas significativas nas dimensões Necessidades Específicas e Preocupações Específicas ($p > 0,05$). Assim sendo, pode-se concluir, com um nível de confiança de 95%, que não existe relação entre o Sexo e as CNF.

Ao analisar a Quadro 14 (**APÊNDICE VII**) é possível constatar que o grupo de indivíduos sem companheiro apresentam médias mais elevadas do que o grupo de indivíduos com companheiro na dimensão Necessidades específicas. Já na dimensão Preocupações específicas, o grupo Com companheiro apresenta médias mais elevadas do que o grupo de indivíduos Sem companheiro. Ao realizar o teste *t-Student*, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em ambas as dimensões ($p > 0,05$). Assim sendo, pode-se concluir, com um nível de confiança de 95%, que não existe relação entre estar ou não com o companheiro e as CNF.

A relação entre a variável Habilitações literárias e as CNF foi analisada através do teste ANOVA (**APÊNDICE VII, Quadro 15**). Com base nos dados obtidos verifica-se que as médias mais altas se situam, em ambas as dimensões, no grupo Ensino básico. A

média mais baixa na dimensão Necessidades específicas situa-se no grupo Ensino primário e na dimensão Preocupações específicas situa-se no grupo Não sabe ler nem escrever. Com o teste ANOVA não se verificam diferenças estatísticas significativas na dimensão Necessidades Específicas e na dimensão Preocupações Específicas ($p > 0,05$). Assim sendo, pode-se concluir, com um nível de confiança de 95%, que não existe relação entre as Habilitações literárias e as CNF.

No caso da relação entre a variável Rendimento mensal e as CNF, verifica-se que as médias mais altas se situam, no grupo Rendimento mensal entre 970 a 1455 euros, já as médias mais baixas encontram-se no grupo com Rendimento mensal inferior a 485 euros. Com a realização do teste ANOVA (**APÊNDICE VII, Quadro 16**) é possível constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre ambos. Assim sendo, pode-se concluir, com um nível de confiança de 95%, que não existe relação entre o Rendimento mensal e as CNF.

A fim de analisar a relação entre a variável Residência e as CNF nos doentes com DCI, verifica-se que as médias mais altas se situam, no grupo Aldeia, em ambas dimensões da BMQ, já a média mais baixa na dimensão Necessidades específicas situa-se no grupo Vila e na dimensão Preocupações específicas, situa-se no grupo Cidade. Com a realização do teste ANOVA (**APÊNDICE VII, Quadro 17**) é possível constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre ambos. Assim sendo, pode-se concluir, com um nível de confiança de 95%, que não existe relação entre a Residência e as CNF.

H2: Existe relação entre o stress, as variáveis clínicas (doença cardíaca diagnosticada, sofre de outras doenças, familiares com doença cardíaca, factores de risco, tempo de ocorrência do 1º episódio), as variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica (n.º excessivo de comprimidos, esquema terapêutico complicado, tempo de toma da medicação para a DCI, n.º total de comprimidos que toma por dia e ocorrência de efeitos secundários) e as CNF do doente com DCI.

Para testar esta hipótese se existe relação entre a variável Stress e as CNF do doente com DCI, foi utilizado o teste t-Student (**APÊNDICE VII, Quadro 18**). O teste t-Student, através da observação dos seus níveis de significância, é possível concluir que não existem diferenças estatisticamente diferentes nas médias da dimensão Necessidades específicas ($p > 0,05$). Já na dimensão Preocupações específicas verifica-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Assim sendo, pode-se concluir,

com um nível de confiança de 95%, que existe relação entre o Stress e a dimensão Preocupações específicas das CNF.

Também se recorreu ao Teste t-Student, com a finalidade de averiguar a existência de relação entre a variável Doença cardíaca diagnosticada e as CNF (**APÊNDICE VII, Quadro 19**). Ao analisar os dados verifica-se que as médias mais altas na dimensão Necessidades específicas se situam o grupo Enfarte Agudo do Miocárdio. Na dimensão Preocupações específicas, a média mais alta verifica-se no grupo Angina Instável e Enfarte Agudo do Miocárdio. O teste t-Student, através da observação dos seus níveis de significância, permite concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Assim sendo, pode-se concluir, com um nível de confiança de 95%, que não existe relação entre a variável Doença cardíaca diagnosticada e as CNF.

A relação entre a variável Outras doenças e as CNF nos doentes com DCI foi analisada com o teste t-Student (**APÊNDICE VII, Quadro 20**). Nos dados obtidos constata-se que o grupo que não tem doenças associadas apresenta médias mais elevadas nas duas dimensões. O teste t-Student, através da observação dos seus níveis de significância, permite concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Assim sendo, pode-se concluir, com um nível de confiança de 95%, que não existe relação entre a variável Outras doenças e as CNF.

Ao analisar os dados referentes à variável Familiares com doença cardíaca e CNF nos doentes com DCI (**APÊNDICE VII, Quadro 21**) é possível constatar que as médias são mais elevadas no grupo com familiares com doença cardíaca. Contudo, com base no teste t-Student, através da observação dos seus níveis de significância, não se verificam diferenças estatísticas significativas na dimensão das Necessidades Específicas e na dimensão Preocupações Específicas ($p > 0,05$). Assim sendo, pode-se concluir, com um nível de confiança de 95%, que não existe relação entre a variável Familiares com doença cardíaca e as CNF.

Para testar esta hipótese se existe relação entre a variável clínica Factores de risco e as CNF do doente com DCI, também foi utilizado o teste t-Student (**APÊNDICE VII, Quadro 22**). De acordo com os dados obtidos constata-se que o grupo de indivíduos sem factores de risco apresenta médias mais elevadas nas duas dimensões. O teste t-Student, através da observação dos seus níveis de significância, é possível concluir que não existem diferenças estatisticamente diferentes nas médias, em ambas as dimensões ($p > 0,05$). Assim sendo, pode-se concluir, com um nível de confiança de 95%, que não existe relação entre o Factores de risco e as CNF.

A fim de analisar a relação entre as variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica foi utilizado o teste t-Student. No que diz respeito à relação da variável Número excessivo de comprimidos e as CNF, verifica-se que o grupo que respondeu negativo à variável Número excessivo de comprimidos apresenta médias mais elevadas nas duas dimensões (**APÊNDICE VII, Quadro 23**). O teste t-Student, através da observação dos seus níveis de significância, permite concluir que, por um lado, existem diferenças estatisticamente diferentes na dimensão Preocupações específicas ($p < 0,05$) e por outro lado, não existem diferenças estatisticamente diferentes na dimensão Necessidades específicas ($p > 0,05$). Assim sendo, pode-se concluir, com um nível de confiança de 95%, que existe relação entre o Número excessivo de comprimidos e a dimensão Preocupações específicas das CNF.

Já em relação à variável Esquema terapêutico complicado e as CNF nos doentes com DCI, verifica-se que grupo que respondeu não à variável Esquema terapêutico complicado apresenta médias mais elevadas nas duas dimensões (**APÊNDICE VII, Quadro 24**). O teste t-Student revela que existem diferenças estatisticamente diferentes na dimensão Preocupações específicas ($p < 0,05$) e por outro lado, não existem diferenças estatisticamente diferentes na dimensão Necessidades específicas ($p > 0,05$). Assim sendo, pode-se concluir, com um nível de confiança de 95%, que existe relação entre o Esquema terapêutico complicado e a dimensão Preocupações específicas das CNF.

Como já foi referido, no que diz respeito à relação entre as variáveis Idade, Tempo de Toma da Medicação, Número Total de Comprimidos que Toma por Dia e Gasto Mensal com a Medicação e a dimensão Necessidades Específicas das BMQ, foi utilizada uma correlação de Pearson (**APÊNDICE VII, Quadro 25**). Neste modelo de regressão a variável que apresenta maior correlação com as Necessidades Específicas, é o Número total de comprimidos que toma por dia ($r = -0,388$) e menor correlação é a idade ($r = -0,190$). As variáveis independentes em estudo estabelecem uma relação inversa. Nesta dimensão as correlações entre a variável dependente e variáveis independentes são todas significativas, ($p < 0,005$) e estabelecem uma associação baixa ou muito baixa ($r < 0,2$, associação muito baixa e $0,2 - r - 0,39$, associação baixa).

No estudo da variável dependente Necessidades Específicas com as variáveis independentes Idade, Tempo de Toma da Medicação, Numero Total de Comprimidos que Toma por Dia e Gasto Mensal com a Medicação, procedeu-se a uma regressão linear múltipla e o método de estimação utilizado foi o stepwise. Das quatro variáveis só a idade não foi aceite, pelo que foi removida do nosso modelo de regressão (**APÊNDICE VII, Quadro 26**). A primeira variável a entrar no modelo de regressão,

apresentou um total de 3 passos, foi o número total de comprimidos que toma por dia, 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 15,1% da variação das necessidades específicas e o erro padrão de regressão é de 3,86. No segundo modelo de regressão, para além do número total de comprimidos que toma por dia, entrou o gasto mensal com a medicação e estas duas variáveis no seu conjunto, passaram a explicar 23,4% da variabilidade total das Necessidades Específicas, tendo o erro estimado diminuído para 3,68355. No terceiro modelo de regressão foi acrescentada a variável tempo de toma da medicação (anos), a qual juntamente com as referidas anteriormente, explicam 29% das necessidades específicas, verificando-se uma diminuição relativa ao erro estimado, para 3,56301. Os níveis de significância obtidos em F ($p < 0,05$) permitem concluir, com um nível de confiança de 95%, que existe relação entre as variáveis independentes Idade, Tempo de Toma da Medicação, Numero Total de Comprimidos que Toma por Dia e Gasto Mensal com a Medicação e as Necessidades Específicas das CNF.

Em relação à análise das variáveis Idade, Tempo de Toma da Medicação, Número Total de Comprimidos que Toma por Dia e Gasto Mensal com a Medicação e a dimensão Preocupações Específicas das BMQ, foi utilizada uma correlação de Pearson (**APÊNDICE VII, Quadro 27**). Neste modelo de regressão a variável que apresenta maior correlação com as Preocupações Específicas é o Número excessivo de comprimidos que toma por dia ($r = -0,397$) e menor correlação é a idade ($r = 0,21$). Nesta dimensão as correlações são significativas nas variáveis Número total de comprimidos por dia e Número excessivo de comprimidos ($p < 0,05$) e estabelecem uma associação baixa ou muito baixa.

Para o estudo da variável dependente Preocupações específicas com as variáveis independentes Idade, Tempo de Toma da Medicação, Número Total de Comprimidos que Toma por Dia e Gasto Mensal com a Medicação, procedeu-se a uma regressão linear múltipla, sendo assim, o método de estimação utilizado foi o stepwise (**APÊNDICE VII, Quadro 28**). Das quatro variáveis só o número excessivo de comprimidos foi aceite. Os valores de p, por apresentarem significância estatística, permitem afirmar que a variável independente Número excessivo de comprimidos, neste modelo de regressão, têm poder explicativo das Preocupações Específicas pois os coeficientes de cada uma são diferentes de zero. Esta variável permite explicar 15,8% das variações nas Preocupações específicas.

H3: As CNF predizem a Adesão ao tratamento farmacológico no doente com DCI.

Para estudar a variável dependente MAT com as duas dimensões da escala BMQ, procedeu-se à realização de uma regressão linear. O método de estimação usado também foi o de stepwise (passo a passo) que origina tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Para testar a H3 utilizou-se uma correlação de Pearson (**APÊNDICE VII, Quadro 29**), quando correlacionada a dimensão Necessidade Específica da escala de crenças acerca dos medicamentos com a escala da medida de adesão aos tratamentos (MAT), obteve-se uma correlação fraca negativa, ou seja, quanto maior for a Necessidade Específica menor é a adesão aos tratamentos. Porém, não se obteve uma correlação significativa entre ambos, uma vez que o p-value é superior a 0,05. No que se refere à correlação entre a Preocupação específica com a escala da medida de adesão aos tratamentos (MAT), obteve-se uma correlação fraca positiva, obtendo-se, assim, uma correlação significativa ($p < 0,05$).

De acordo com a regressão (**APÊNDICE VII, Quadro 30**), é possível concluir que das duas dimensões da CNF, apenas as Preocupações específicas têm valor preditivo com um coeficiente de determinação $R^2=16,9\%$, o que permite explicar 16,9% das variações da MAT.

6. DISCUSSÃO

Discussão Metodológica

Como qualquer em investigação empírica, por vezes a metodologia apresenta algumas limitações. As limitações mais importantes observadas no presente estudo, relacionam-se com a dimensão reduzida da amostra, o que impede a generalização dos resultados à população geral de idosos, limitando também a interpretação de dados. Assim sendo, em futuras investigações deve-se aumentar a amostra em estudo, para aumentar a fidelidade e fiabilidade dos resultados.

Um outro facto importante consiste no facto da amostragem ter sido seleccionada por conveniência, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, o que também limita a generalização dos resultados a outros indivíduos. No que diz respeito à aplicação do formulário, poderão ter existido também algumas limitações relacionadas com a possibilidade de incongruências entre o que os participantes responderam e o que realmente fazem, nomeadamente o facto de fazermos apelo á memória dos participantes. Adicionalmente, os participantes demonstraram algumas dificuldades em responder às questões, uma vez que são sujeitos com alguma idade.

De acordo com Delgado e Lima (2001), os doentes por vezes mentem sobre a toma de medicamentos, para agradar ou evitar a desaprovação, este facto também pode também ter limitado o estudo. Outro enviesamento pode ser justificado com o facto da maioria dos doentes já tomar medicação antes do evento cardíaco.

Por último, em relação aos instrumentos utilizados no estudo, estes poderão não ter sido os mais adequados uma vez que não são específicos para a população idosa. Neste contexto, seria interessante em estudos próximos utilizar instrumentos de medida específicos para a população idosa, de forma a validar os resultados.

Discussão dos resultados

Ao longo das últimas décadas, vários modelos psicológicos têm vindo a ser descritos para tentar explicar e prever os comportamentos de saúde dos indivíduos, focalizando-se nas suas atitudes e crenças (STRECHER; ROSENSTOCK, 1967).

Actualmente, as crenças de saúde aplicam-se às respostas e comportamentos gerais face aos sintomas e à doença diagnosticada, e em particular à adesão aos regimes terapêuticos. Afirma-se na literatura que as crenças acerca dos fármacos influenciam os comportamentos relacionados com a saúde (FIGUEIRAS et al., 2002).

Segundo Horne e Weinman (1999), as ideias e as crenças pessoais sobre os medicamentos agrupam-se em duas categorias: a necessidade específica sobre um medicamento e a preocupação com os possíveis efeitos secundários. Enquadrado neste contexto, o presente estudo teve como questão principal perceber em *que medida as crenças ligadas ao uso dos medicamentos interferem no comportamento de adesão á terapêutica dos pacientes com doença cardíaca isquémica?*

Na tentativa de responder a esta questão foram enunciadas três hipóteses que serão exploradas e comparados com os principais resultados obtidos na avaliação das hipóteses em estudo.

A primeira hipótese em estudo no presente trabalho: “Existe relação entre as variáveis sócio-demográficas e familiares (Idade, Sexo, Estado marital, Habilitações literárias, Residência, Situação laboral, Rendimento e Coabitação - com quem vive) e as CNF do doente com DCI”, foi formulada com o intuito de avaliar se as características sócio-demográficas e familiares dos participantes influenciavam a crença nos fármacos.

Com base nos resultados da análise inferencial, constata-se que apenas o factor idade, influencia a crença nos fármacos e unicamente na dimensão: “Necessidades específicas”. Todas as restantes variáveis referidas nesta hipótese (Sexo, Estado marital, Habilitações literárias, Residência, Situação laboral, Rendimento e Coabitação - com quem vive) não apresentaram relação com as dimensões do BMQ.

No respeitante á idade esta conclusão vai de encontro a alguns estudos, uma vez que segundo o modelo de crenças na saúde as pessoas com maior probabilidade de aderir são as que se percebem a si próprias, como sendo vulneráveis a uma determinada doença e acreditam que esta tem potenciais consequências graves para a sua saúde ou funcionamento diário. (CONRAD, 1985 apud KLEIN; GONÇALVES 2005). Naturalmente estando a idade associada, a uma maior vulnerabilidade devido ao nº crescente de patologias decorrentes do envelhecimento e um maior consumo de

medicação, é expectável que estes pacientes tenham crenças acerca das necessidades específicas dos medicamentos e que em contrapartida não sintam preocupações específicas relativamente aos efeitos tóxicos dos mesmos uma vez que as pessoas avaliam os benefícios em relação à probabilidade de prevenção da doença, cura, controlo, ou alívio de sintomas (CONRAD, 1985 apud KLEIN GONÇALVES 2005).

Outros autores referem que, com o avançar dos anos a não adesão tende a agudizar-se, agravando globalmente devido ao envelhecimento da população (GRIFFITH, 1990 apud CABRAL; SILVA, 2010). Os doentes mais idosos são potencialmente menos aderentes á terapêutica por poderem apresentar varias patologias, regimes terapêuticos múltiplos e/ou a longo prazo, diminuição de algumas faculdades como a memória a capacidade cognitiva e de comunicação a eventual presença de alterações psiquiátricas a falta de mobilidade ou outras incapacidades que podem limitar o acesso e até o manuseamento dos fármacos, (DUNBAR- JACOB & MORTIMER-STEPHENS, 2001). Inversamente, outros estudos pretendem demonstrar que a idade pode não constituir um preditor para a falta de adesão à terapêutica uma vez que os níveis de cumprimento podem se idênticos ou até mais elevados nos doentes idosos por comparação com faixas etárias jovens (HORNE, 2001; HUGHES, 2004; VIK, MAXWELL, & HOGAN, 2004).

O facto de não se ter determinado uma relação entre as restantes variáveis sócio-demográficas e familiares e as crenças nos fármacos, é divergente da informação existente na literatura. Vários estudos têm demonstrado que a adopção de determinados comportamentos e crenças é influenciada por diversos factores de natureza sócio-demográfica (género, nível sócio-económico e educacional, número de elementos do agregado familiar, acesso a cuidados de saúde), factores de natureza situacional (influência interpessoal dos pares e família), factores de natureza psicológica (emocionais e cognitivos) e factores relacionados com a percepção dos sintomas (PETRIE E WEINMAN, 1997). Figueira (2006) defende que os modelos de crenças estão constantemente a ser actualizados em função das influências, de múltiplos factores, dando enfoque ao meio sociocultural.

A corroborar com os resultados do nosso estudo, Vermeire, et al., (2001) afirma que a variável género, não tem demonstrado uma relação com o grau de adesão terapêutica.

Num estudo realizado por Brand et al. (1977) (apud, LEITE; VASCONCELLOS, 2003) o principal factor para a não aderência ao tratamento em doentes crónicos foi o elevado custo dos medicamentos, o custo mensal das prescrições dos pacientes não aderentes era em média o dobro do custo mensal das prescrições dos aderentes. A

compra de medicamentos também pode ser afectada pela falta de recursos financeiros, sendo que este facto atinge um terço dos doentes crónicos (CABRAL E SILVA, 2010).

Com algum consenso entre vários autores, os factores socioeconómicos têm sido referidos como preditores importantes do grau de adesão dos pacientes. O baixo nível de escolaridade, mas sobretudo o baixo rendimento, o desemprego ou a falta de estabilidade no emprego podem constituir barreiras significativas a uma efectiva adesão terapêutica. A dificuldade em comprar os medicamentos por motivos económicos, o isolamento social do paciente ou a distância geográfica da farmácia e das unidades de cuidados saúde, levam a custos e dificuldades adicionais (BUGALHO e CARNEIRO, 2004; LEVY & FELD, 1999; WHO, 2003 apud CABRAL; SILVA, 2010)

O meio social em que o indivíduo se encontra inserido é determinante no comportamento de adesão. Com efeito, quem vive só ou possui redes de sociabilidade limitadas tem mais probabilidade de encontrar dificuldades em seguir adoptar comportamentos de adesão á terapêutica (BISHOP, 1994; HAYNES, MCKIBBON, & KANANI, 1996; LEVY & FELD, 1999; SARAFINO, 1990; VERMEIRE, et al., 2001).

Outros autores defendem que o nível sócio-económico dos pacientes não está relacionado de maneira consistente à adesão a tratamentos (LIMA; MEINERS; SOLER, 2010). Entretanto, já foi descrito na literatura que a idade e o grau de escolaridade podem estar relacionados com o grau de adesão. (LIMA; MEINERS; SOLER, 2010) Ainda nesta direcção, a literatura regista que não existe evidência de associação significativa para as variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, cor/raça, ocupação, grau de escolaridade e rendimento mensal. (LIMA; MEINERS; SOLER, 2010)

Neste estudo a informação é concordante com os últimos autores citados, uma vez que os custos da medicação não parecem influenciar a adesão, tal facto pode dever-se a que grande parte dos utentes desta zona beneficia de uma comparticipação a 100% na medicação (proporcionada pela caixa de lanifícios da região centro), pelo que o custo dos medicamentos não parece afectar a maioria da população. Contudo o facto de poderem adquirir os medicamentos não garante o comportamento de adesão á medicação.

A população estudada pertence ao interior centro do país, vive maioritariamente na cidade ou vilas do interior onde a família tradicional e os “vizinhos amigos” ainda prevalece com todos os benefícios que isso transporta concretamente no respeitante ao isolamento social. Problemas como as acessibilidades também não se colocaram uma

vez que a maioria dos pacientes respondeu viver perto do centro de saúde, do hospital e de alguma farmácia, pelo que adesão não é afectada por estes factores.

Relativamente à segunda hipótese em estudo “Existe relação entre o stress, as variáveis clínicas (doença cardíaca diagnosticada, sofre de outras doenças, familiares com doença cardíaca, factores de risco, tempo de ocorrência do 1º episódio), as variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica (n.º excessivo de comprimidos, esquema terapêutico complicado, tempo de toma da medicação para a DCI, n.º total de comprimidos que toma por dia e ocorrência de efeitos secundários) e as CNF do doente com DCI, era esperado a hipótese ser verdadeira, pois a literatura sugere a influência das crenças acerca dos fármacos nos comportamentos relacionados com a saúde (FIGUEIRAS, MACHADO, & ALVES, 2002) e na adesão terapêutica (WHO, 2003).

Com base na análise inferencial da H2, verifica-se que o stress influencia as crenças nos fármacos, mas apenas na dimensão Preocupações específicas. As variáveis clínicas em estudo (Doença cardíaca diagnosticada, Outras doenças, Familiares com doença cardíaca, Factores de risco) não influenciam as crenças nos fármacos, em nenhuma das suas dimensões e por último, todas as variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica (n.º excessivo de comprimidos, esquema terapêutico complicado, tempo de toma da medicação para a DCI, n.º total de comprimidos que toma por dia e ocorrência de efeitos secundários) influenciam as crenças nos fármacos, sendo de salientar que o número total de comprimidos por dia influencia ambas as dimensões do BMQe.

Relativamente ao stress, estes resultados estão de acordo com alguns estudos que advogam que o controlo emocional é indispensável na prevenção da doença crónica, visto existir relação entre o stress emocional e/ou crónico e a elevação da pressão arterial (ANDRADE et al., 2010).

Horne et al., (2003) defende que as preocupações com a medicação podem traduzir uma reacção emocional de medo e ansiedade diminuindo assim a adesão ou influenciando a escolha de um certo medicamento. Ainda de acordo com Horne et al., (1999a) os indivíduos possuem diferentes percepções acerca da importância ou do risco associados ao consumo de fármacos e, como tal, desenvolvem diferentes crenças acerca dos mesmos, podendo estas crenças influenciar a forma como os indivíduos aderem ao tratamento farmacológico. O nosso estudo parece corroborar com estes autores uma vez que prova que o indivíduos que dizem sofrer de stress evidenciam maiores preocupações relativamente à toxicidade e efeitos secundários dos fármacos, podendo ter reflexo no comportamento de adesão à medicação.

No que respeita às variáveis clínicas o nosso estudo não corrobora com a literatura onde se afirma que as crenças sobre o tratamento em geral e sobre os medicamentos em particular, são influenciadas pela doença em causa e sobretudo pela percepção de gravidade desta. Deste modo, as crenças nos fármacos desenvolvem-se de acordo com a percepção da doença, e com as expectativas sobre a eficácia e necessidade dos medicamentos (HORNE, 1999b; FIGUEIRAS, 2006). Pacientes com uma história familiar de doença parecem ter aumentado a consciência da mesma e das suas potenciais complicações riscos particulares dos tratamentos (LIP et al., 2002; LIP et al., 2004).

Outros autores afirmam que a não adesão à medicação prescrita pode levar a diversos problemas nos doentes com DCI, como o deficiente controlo dos factores de risco que potenciam novas alterações patológicas, hospitalização e até, morte (HO; BRYSON; RUMSFELD, 2009). Ainda que os doentes crónicos são os que mais seguem as indicações dadas pelos médicos, destacando-se sobretudo entre aqueles que mais aderem aos comportamentos saudáveis (CABRAL E SILVA, 2009).

Vários estudos corroboram o facto de as características relacionadas com a terapêutica farmacológica influenciarem as crenças nos fármacos, por exemplo, a percepção dos efeitos secundários, pode aumentar o nível de preocupação sobre o tratamento medicamentoso, influenciando assim as crenças nos medicamentos (LEVENTHAL et al., 1987). Os factores que mais consistentemente têm sido referidos como bons preditores do grau de adesão dos indivíduos dizem respeito às crenças pessoais acerca da doença e da eficácia do tratamento. Segundo Kelly, Mamon e Scott (1987) (apud CABRAL E SILVA, 2009) as crenças e percepções pessoais de saúde são factores influentes do grau em que as pessoas tomam a medicação conforme é prescrita. Desta forma, geralmente, quando as pessoas acreditam que a adesão ao tratamento irá produzir benefícios é mais provável que siga as recomendações médicas. Em sentido contrário a não adesão está frequentemente relacionada com o modo como os pacientes avaliam a necessidade do medicamento que lhes é prescrito, podendo estes apresentar efeitos adversos devido às suas preocupações sobre os potenciais efeitos negativos dos medicamentos que estão a tomar (HORNE, 2006; TREHARNE, LYONS, & KITAS 2004).

Um estudo realizado por Gordon, Smith e Dhillon (2007), relativamente a doenças crónicas, vem reforçar a importâncias das características relacionadas com a terapêutica farmacológica, ao concluir que as principais características que influenciam as crenças nos fármacos são as percepções dos doentes relativas à doença; o medo

dos efeitos secundários; comportamentos dos sujeitos relativamente ao uso de medicamentos; problemas cognitivos, físicos, e sensoriais, os quais interferem na capacidade dos sujeitos de administrar a sua medicação e a falta de informação ou compreensão relativa ao uso dos medicamentos.

Tendo em conta o tratamento da DCI requer a toma de múltiplos fármacos, por longos períodos de tempo, pode levar a um abandono prematuro da terapêutica medicamentosa (CABRAL E SILVA, 2009). Os efeitos secundários e o horário das tomas são motivos importantes, referidos pelos doentes independentemente do tipo de doença a que se refere o tratamento prescrito (CABRAL E SILVA, 2009).

Treharne, Lyons e Kitas (2004), referem que as convicções fortes sobre a necessidade de medicamentos, e o acreditar que os medicamentos geralmente não vão ser usados por muito tempo predizem uma maior adesão terapêutica. Por outro lado as ideias ou crenças que as pessoas desenvolvem acerca dos fármacos em geral, são susceptíveis de influenciar as suas próprias decisões acerca de quais os tratamentos mais apropriados para uma determinada doença (ECHABE; GUILLEN, & OZAMIZ, 1992; HORNE, 1997). Neste contexto específico, podemos então salientar que os utentes possuem informação adequada relativamente ao conhecimento das suas doenças e possíveis tratamentos, o que leva, pelo menos numa primeira fase, a aderirem às prescrições terapêuticas.

A última hipótese enunciada no presente trabalho "*H3: As CNF predizem a Adesão ao tratamento farmacológico no doente com DCI*" é verdadeira, uma vez que se verifica uma correlação significativa entre a adesão à terapêutica medicamentosa as CFN, nomeadamente na dimensão Preocupações específicas. Também foi possível constatar que das duas dimensões da BMQe, apenas as Preocupações específicas têm valor preditivo, representando 16,9% das variações da MAT.

Estes resultados são muito importantes para a compreensão do impacto das crenças nos fármacos na adesão à terapêutica farmacológica e vão ao encontro de outros estudos que defendem que crenças acerca da saúde e dos fármacos podem ser usadas para prever os comportamentos, nomeadamente de adesão. Por outras palavras, diferentes crenças nos fármacos influenciam a forma como os indivíduos aderem ao tratamento farmacológico (FERREIRA, 2008).

É com base nos sistemas de crenças individuais que toda a informação vinda do exterior é interpretada, conferindo um cunho pessoal à forma como o indivíduo percebe a sua saúde e os estados de doença (SCHOEBER e LACROIX, 1991).

Uma conclusão interessante deste estudo é o facto de quanto maior for a Necessidade Específica menor é a adesão aos tratamentos. Nesse contexto, é preciso alertar para o perigo potencial das crenças erróneas que as pessoas podem ter acerca das causas, efeitos e tratamentos farmacológico da sua doença, e assim influenciar negativamente na adesão à terapêutica medicamentosa (OGDEN, 1999; SARAFINO, 2002). Uma crença pode estimular ou desincentivar um indivíduo a adoptar práticas que promovam a sua saúde, pelo que o sistema de crenças deve ser equacionado pelos enfermeiros enquanto educadores em saúde.

De acordo com outro estudo realizado por Mardby, Akerlind e Jorgensen (2007) sobre a relação entre as crenças acerca dos fármacos e a adesão terapêutica medicamentosa, os utilizadores de medicamentos naturais, bem como aqueles que não estavam a tomar fármacos, acreditavam mais que os médicos prescreviam medicamentos em excesso, e como tal apresentavam menor índice de adesão à terapêutica medicamentosa.

Em suma, vários estudos corroboram a existência de uma correlação entre as CNF e a adesão à terapêutica medicamentosa, ou seja, os doentes têm as suas próprias perspectivas relativamente ao uso de medicação e tomam decisões, baseados nas suas crenças e experiências (EIJKEN et al., 2003; MURRAY et al., 2004; GORDON, 2007).

7 – CONCLUSÃO

A não adesão à terapêutica medicamentosa é uma problemática generalizada, na medida em que cerca de metade dos doentes não cumpre o esquema terapêutico prescrito pelo seu médico. Neste âmbito, o presente trabalho oferece um importante contributo para a compreensão de alguns factores associados às baixas taxas de adesão terapêutica, nomeadamente as CNF.

Nos doentes portadores de doença crónicas, e em particular doentes com Doença Cardíaca Isquémica, o problema da adesão à terapêutica, tem vindo a tomar um lugar cada vez mais importante nas preocupações dos profissionais de saúde, doentes e suas famílias, sistemas de saúde e responsáveis políticos desta área. Diversos factores são apontados com influências no processo de adesão à terapêutica medicamentosa, dentro dos quais se incluem: regime terapêutico (complexidade e custo), o envolvimento do médico e a resposta do doente, assim como características individuais deste (existência de patologias concomitantes, problemas psiquiátricos, etc.). Adicionalmente a estes factores, alguns autores também defendem que as crenças nos fármacos são fundamentais na adesão à terapêutica.

Seguindo esta linha de pensamento, a realização do presente trabalho teve como principal objectivo efectuar um estudo sobre a influência que as crenças nos fármacos poderão ter na adesão ao tratamento farmacológico em doentes com DCI.

De acordo com os dados obtidos foi possível concluir que as características: idade, stress, n.º excessivo de comprimidos, esquema terapêutico complicado, tempo de toma da medicação para a DCI, n.º total de comprimidos que toma por dia e ocorrência de efeitos secundários, influenciam as crenças nos fármacos nos doentes com DCI que participaram no estudo. Estes resultados são concordantes com estudos prévios descritos na literatura.

Há que referir também, que vários resultados foram divergentes da literatura, tal facto pode ser devido às limitações do estudo, nomeadamente ao tamanho reduzido da amostra o fazermos apelo á memória dos participantes, ou ainda o facto da maioria dos doentes já tomar medicação antes do evento cardíaco. Nunca esquecendo como já foi referido que os doentes mentem para agradar ou não desapontar o profissional de saúde (DELGADO E LIMA, 2001).

Com a realização do presente trabalho foi possível concluir que as crenças nos fármacos são importantes e influenciam o processo de adesão à terapêutica medicamentosa, pelo que concordamos com vários autores que defendem a necessidade de se estudar as CNF e, conseqüentemente, a adesão à terapêutica medicamentosa.

O conhecimento das crenças e de outros conteúdos cognitivos pode favorecer a criação de estratégias capazes de identificar, avaliar e modificar pensamentos ou interpretações da própria doença e, conseqüentemente, comportamentos relacionados à adesão do tratamento.

Existe uma relação bidireccional de interdependência entre pobreza e doença crónicas. Muitos dos pobres do mundo, apesar das diferenças regionais na cultura, geografias e experiências experimentam o mesmo ciclo desencorajador, ser saudável requer dinheiro para cuidados de higiene alimentação e médicos, mas para ganhar dinheiro, é preciso ser saudável. A falta de cuidados adequados para as doenças crónicas obriga as famílias pobres a suportar um fardo particularmente pesado de cuidar de seus entes queridos, o que prejudica o desenvolvimento de suas funções mais básicas.

A pesquisa sobre crenças e comportamentos de saúde deve levar em consideração diversos aspectos relevantes e associados à doença e ao comportamento específico, às características sócio-demográficas dos sujeitos, ao estado de saúde, aos factores externos. São muitos os factores cognitivos a serem explorados na complexidade do processo decisório humano em relação à saúde, e o Modelo de Crenças em Saúde (DELA COLETA, 2004)

Actualmente, a comunidade médica acredita ser possível minimizar o impacto da DCI, ao nível do paciente e do próprio sistema de saúde, através do controlo de factores de risco como a pressão arterial, obesidade, colesterol e consumo de tabaco (WHO, 2007). Adicionalmente, os efeitos nocivos da doença podem ser minimizados através da promoção de comportamentos de adesão à terapêutica nos doentes com DCI.

É preciso compreender que os doentes não se configuram como quadros em branco, onde o profissional pode imprimir suas conclusões e prescrições, pois já trazem para o serviço de saúde as suas próprias concepções sobre seus problemas e uma série de crenças relativamente á cura. Desse modo, a contextualização social e cultural do doente que procura as instituições de saúde vem-se tornando uma exigência para os profissionais de saúde que pretendam oferecer uma assistência mais qualificada em saúde. (VASCONCELOS, 1996 apud, SIQUEIRA, 2006). Sugere-se para isso o trabalho

interdisciplinar com a todos os elementos da equipe de saúde. Uma prática interdisciplinar, em que estejam presentes médicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e demais profissionais de saúde, poderia contribuir para uma actuação de orientação em saúde, criando inclusivamente directrizes abrangentes, que tenham em conta todos os factores que condicionam a adesão, nomeadamente as crenças nos medicamentos.

É preciso que nós enfermeiros ultrapassem as limitações de recursos, problemas ou condições precárias do sistema de saúde e que tenhamos a crença que podemos modificar hábitos e atitudes erróneos, levando o indivíduo cada vez mais para uma autonomia nas suas escolhas numa percepção crítica utilizando a educação em saúde como estratégia para aumentar a qualidade de vida de nossa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Jadelson Pinheiro. [et al.] - VI Directrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. Rio de Janeiro. 95: 1 supl.1 (2010) 1-51.

BALKRISHNAN, R. - Predictors of medication adherence in the elderly. Clinical Therapeutics. 20:4 (1998) 764-771.

BENNETT, PAUL. - **Introdução clínica à psicologia da saúde**. Lisboa: Climepsi Editores. 2002.

BISHOP, G. - **Health Psychology: Integrating Mind and Body**. Boston: 1994. Allyn and Bacon.

BRUN, M. C. - Tabagismo: um estudo de crenças. Revista. Associação. Medica. Brasileira Brasília. Vol. 56, n.º 3 (2010) p.257-277.

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

BANDURA, Albert - **Modificação do Comportamento** - In RONZANI, Telmo Mota - A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças. Revista brasileira de Educação Medica. Rio de Janeiro. Vol 31 n.º 1 (Abr. 2007) p. 38-43.

BUTLER, C.C; ROLLNICK, S. - **Adesão ao tratamento medico**. London: Mosby. 2003.

CABRAL, Manuel Vilaverde Cabral; SILVA, Pedro Alcântara – **Adesão á Terapêutica em Portugal: Atitudes e Comportamentos da população portuguesa Perante as Prescrições**. Medicas. Lisboa: Gráfica Manuel Barbosa & filhos lda.2010.139p. ISBN 978-972-671-257-2.

CARVALHO, António Carlos Camargo de; SOUSA, José Marconi Almeida de - Cardiopatia isquêmica. Revista Brasileira de Hipertensão. 8 (2001) 297-305.

CONRAD, P. - The meaning of medications: Another look at compliance. Social Science and Medicine. 20:1 (1985) 29-37.

DELGADO, Artur Barata; LIMA, Maria Luísa - Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psicologia, Saúde & Doença. Vol2, n. °2 (Novembro 2001) p. 81-100.

DUNBAR-JACOB, J & MORTIMER-STEPHENS, M - Treatment adherence in chronic disease. Journal of Clinical Epidemiology. 54 (2001) 857-860.

EIJKEN, Marco [et al.] - Interventions to improve medication compliance in older patients living in the community. Drugs Aging. 20:3 (2003) 229-240.

ECHABE, A. E., GUILLEN, C. S., & OZAMIZ, J. A. - Representations of health, illness and medicines: Coping strategies and health promoting behaviour. British Journal of Clinical Psychology. 31 (1992) 339-349.

FERREIRA, Maria Salomé Martins. - Crenças Acerca dos Fármacos; Atitude face aos médicos e à medicina e adesão terapêutica em doentes com Lombalgia crónica a receber tratamento de Fisioterapia versus Acupunctura. Journal of Traditional Chinese Medicine . Ano 6, n.º 21 (2008).

FIGUEIRAS, Maria João. - Psicologia da Doença vs. Psicologia da Saúde: a relevância dos modelos de senso comum - In LEAL, Isabel. ed lit. [et al] - **Perspectivas em Psicologia da Saúde**. Coimbra: Quarteto, 2006. p. 99-116.

FIGUEIRAS, Maria João; MACHADO Vanda Araújo; Nuno Correia Alves - Os Modelos de Senso-comum das Cefaleias Crónicas nos Casais: Relação com o Ajustamento Marital. Análise Psicológica. Lisboa. Serie xx, n.º1 (Janeiro\março 2002), p. 77-90.

FIGUEIRAS, Maria João [et al.] - *Crenças de senso comum sobre medicamentos genéricos vs. medicamentos de marca: Um estudo piloto sobre diferenças de género*. Análise Psicológica. Vol.3, n. ° XXV (2007), p. 427-437.

FISHMAN Scott M [et al.] - Adherence monitoring and drug surveillance in chronic opioid therapy. Journal of Pain and Symptom Management. Glenview. 20:4 (2000). 293-307.

FORTIN, Marie Fabienne - **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, D. L. 2003. 388 p. ISBN 972-8383-10-X.

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

FREIXO, Manuel João - **Metodologia Científica Fundamentos, Métodos e Técnicas**. Lisboa: Instituto Piaget, cop. 2009. 296 p. ISBN 978-989-659-020-8

GALLAGHER, E John; VISCOLI, Catherine M; HORWITZ, Ralph I. - The relationship of treatment adherence to the risk of death after myocardial infarction in women. Chicago. The Journal of American Medical Association. 270 (1993) 742-744.

GORDON, K; SMITH, F; DHILLON. - Effective chronic disease management: Patient's perspectives on medication-related problems. Patient Education and Counseling. London. 65:3 (2007) 407-415.

GUERREIRO, Inês – Rede Nacional de Cuidados Integrados e Plano Nacional de Saúde: presente e futuro. Pensar Saúde. Lisboa. N 03 (2010), p. 10-11.

GRIFFITH, S. - **A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines.** In CABRAL, Manuel Vilaverde Cabral; SILVA, Pedro Alcântara – **Adesão á Terapêutica em Portugal: Atitudes e Comportamentos da população portuguesa Perante as Prescrições.** Medicas. Lisboa: Gráfica Manuel Barbosa & filhos lda.2010.139p. ISBN 978-972-671-257-2.

GUS I, [et al.] - Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 83:5 (2004), p.424-428.

HAYNES, R. Brian; MCDONALD, Heather P.; GARG, Amit X. - Helping patients follow prescribed treatment: Clinical applications. Journal of American Medical Association. Chicago. 288:22 (2002) 2880-2883.

HAYNES, R., MCKIBBON, K., & KANANI, R - Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. Lance. Vol. 6 (1996), p. 348-383.

HO, P Michael; BRYSON, Chris L.; RUMSFELD, Jonh S. - Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. Circulation. Boston. 119 (2009) 3028-3035.

HAYNES, R. B. Introduction- In: HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W., SACKETT, D. L - **Compliance in Health Care**. Baltimore: Johns Hopkins University, (1981) , p. 1 - 7.

HORNE, Robert; WEINMAN, Jonh - Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. Journal of Psychosomatic Research. Richmond. ISSN 0022- 3999. 47:6 (1999a) 555-567.

HORNE, Robert - **Compliance, adherence and concordance.** In K. Taylor & G. Harding - **Pharmacy Practice**: London :(2001). Taylor & Francis p. 168-184

HORNE, Robert; WEINMAN, Jonh; HANKINS, Mathew - The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. Psychology and Health. London. 14 (1999b) 1-24.

HORNE, Robert (2003) - **Treatment perceptions and self-regulation**. In LEVENTHAL, L. Cameron, & H - The self-regulation of health and illness behavior: London: Routledge. p. 138-153.

HORNE, R. - Beliefs and adherence to treatment, the challenge for research and clinical practice - In HALLIGAN. Peter W; AYLWARD, Mansel ed. lit. - **The power of belief, psychosocial influence on illness, disability and medicine** Oxford: Oxford University Press, 2006. 252p.

HUGHES, C - Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? Drugs Aging. 21:12 (2004) 793-311.

JONES, P. K; JONES, S. L; KATZ, J. - Improving follow-up among hypertensive patients using a health belief model intervention. Archives of Internal Medicine. Vol.147, (1987), p. 1557-1560.

KELLY, G., MAMON, J., & SCOTT, J. - Utility of the health belief model in examining medication compliance among psychiatric outpatients. Social Science and Medicine. 25:11 (1987) 1205-1211.

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

KNIGHT, R. A; HAY, D. A. - The relevance of the Health Belief Model to Australian smokers. Social Science and Medicine. Vol. 28, n.º12, (1989), p. 1311-1314.

KRÜGER, Helmuth - **Psicologia das Crenças: Perspectivas Teóricas** – In 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. Itaja. 8:3 (2003) 775-782.

KURITA, G.P; PIMENTA, C.A.M - Adesão ao tratamento da dor crónica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. Arquivo Neuro-Psiquiatria. Vol. 61, n.º 2b (2003), p.416-25.

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. Vol 8 n.º3 (2003) p. 775-782

LEVY, R., & Feld, A - Increasing **patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens**: In CABRAL, Manuel Vilaverde Cabral; SILVA, Pedro Alcântara – **Adesão á Terapêutica em Portugal: Atitudes e Comportamentos da população portuguesa Perante as Prescrições Medicas**. Lisboa: Gráfica Manuel Barbosa & filhos lda.2010.139p. ISBN 978-972-671-257-2.

LIP, G.Y, [et al.] - Ethnic differences in patient perceptions of atrial fibrillation and anticoagulation therapy, the West Birmingham Atrial Fibrillation Project. Stroke. 33, (2002) 238 –242.

LIP, G.Y, [et al.] - Ethnic differences in patient perceptions of heart failure and treatment, the West Birmingham Heart Failure Project. Heart. 90 (2004) 1016 – 1019.

LEVENTHAL, H Leventhal; CAMERON, Linda. - Behavioral theories and the problem of compliance. Patient Education and Counselling. Madison. 10:2 (1987) 117-138.

LIMA, Tácio de Mendonça; MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo; SOLER, Orenzio - Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. Revista Pan-Amazonica de Saúde. Brasília. ISSN 2176-6223. 2010; vol.1,n.º 2 (2010), p.113-120.

MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros**. Braga: Universidade do Minho, 2009. 272 p. Dissertação de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde. Apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia, da universidade do Minho.

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

MARDBY, A.C.; AKERLIND, I.; JORGENSEN, T. - Beliefs about medicines and selfreported adherence among pharmacy clients. Patient Education Counseling. Göteborg. 69:1-3 (2007) 158-164.

MAROCO, João - **Análise estatística com utilização do SPSS**. 3ª ed. revista e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. 822 p. ISBN 978-972-618-452-2

MARRONI, Denize - A importância da antropologia na saúde. Saúde Coletiva. São Paulo. ISSN 1806-3365. Vol. 04 n.º 16 (Julho/Agosto2007) p. 103.

MIROTZNIK, J.; FELDMAN, L.; STEIN, R. - The health belief model and adherence with a community center-based, supervised coronary heart disease exercise program. Journal of Community Health, Vol. 20, n.º 3, (Jun.1995), p. 233-247.

MION DJ, Silva GV, Ortega CK - A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. Revista Brasileira de Hipertensão. 13:1 (2006), p.55-8.

MONSIVAIS, D.; MCNEILL, J. - Multicultural influences on pain medication attitudes and beliefs in patients with nonmalignant chronic pain syndromes. Pain Managing Nursing. Houston 8:2 (2007) 64-71.

MOREIRA, Ana Karine de Figueiredo; SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; CAETANO, Joselany Afio - Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. Vol. 19, n.º 4 (2009), p. 989-1006

MORGAN, M & Watkins, C. J - Managing Hypertension: beliefs and response to medication among cultural groups. Social Health Illness. 20, (1988) 29-37.

MULLEN, P. D.; HERSEY, J. C. E IVERSON, D. C - Health behavior models compared. Social Science and Medicine. vol.24, n.º11, (1987), p. 973-981.

MURRAY, Michael D. [et al.] - A conceptual framework to study medication adherence in older adults. American Journal of Geriatric Pharmacotherapy. Carolina. 2:1 (2004) 36-43.

O'CONNELL, J. K.; PRICE, J. H.; ROBERTS, S. M. ; JURIS, S. G.; MCKINLEY, R. - Utilizing the Health Belief Model to Predict Dieting and Exercising Behavior of Obese and Nonobese Adolescents. Health Education & Behavior. Vol.12, n.º 4, (1985), p. 343-351.

ORGANIZATION, World Health (WHO) - **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: WHO 2003. 16 p.

ORGANIZATION, World Health (WHO 2004) - **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción**. Geneva: WHO 2004. 202 p.

ORGANIZATION, World Health (WHO 2008) - **Commission on Social Determinants of Health, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Geneva: WHO 2008. 248 p. ISBN 978 92 4 156370 3.

ORGANIZATION, World Health (WHO 2009) - **Estadísticas Sanitarias Mundiales: Mortalidad y morbilidad por causas específicas**. 2009. Geneva: WHO 2009.11p.

ORGANIZATION World Health (WHO 2011) - **Estadísticas Sanitarias Mundiales**: 2011. Geneva: WHO 2011.170 p.

OSTERBERG, Lars; BLASCHKE, Terrence - Adherence to medication. New England Journal of Medicine. California. 353:5 (2005) 487-497.

OGDEN, J. - **Psicologia da Saúde** – In TEIXEIRA, José A. Carvalho - Psicologia da Saúde. Análise Psicológica. Lisboa. Vol.22, n.º 3 (Set. 2004), p.441-448. ISSN 0870-8231.

PAMPLONA, A - **Estudo da Adesão ao Tratamento com Pacientes de 12 Especialidades Médicas em Regime de Ambulatório**: Universidade de Lisboa. (1997) Dissertação de Mestrado na área da Psicoterapia e Psicologia da Saúde. Apresentada a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Lisboa.

PATEL, M.X. & DAVID, A.S - Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies. Psychiatry. 6 : 9 (2007) 357-361.

PAVÃO, Ana Luiza Braz; COELI, Cláudia Medina - Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. Cadernos de Saúde Colectiva. Rio de Janeiro. Vol.16, n.º3 (2008), p.471-482.

PEDROSA, Aparecida Kauchakje Pedrosa - **Crenças das pessoas portadoras de hanseníase sobre sua doença: base para a compreensão de suas ações em saúde** – São Paulo: Universidade de São Paulo, 1991. 272 p. Dissertação de Mestrado na Área de Enfermagem Psiquiátrica apresentada á Universidade de São Paulo.

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.

PEREIRA, Maria Graça; SILVA, N.S. - Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos. Avaliação Psicológica. Formas e Contextos. 5 (1998) 52-57.

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

PORTAL DA SAUDE - Doenças cardiovasculares. [Em linha]. 5.p. (Out. 2009) [Consult. 3/08/2011]. Disponível em WWW: URL <<http://www.min->

saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/doencascardiovasculares.htm.

PEDERSON, L. L., WANKLIN, J. M.; BASKERVILLE, J. C - The role of health beliefs in compliance with physician advice to quit smoking. Social Science and Medicine. Vol. 19, n. ° 5, (1984), p. 573-580.

RIBEIRO, José Luís Pais - **O Importante é a Saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde-SF-36**. 1º Edição. - S.l. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme. 2005. 176 p. ISBN 972-99744-0-3.

RONZANI, Telmo Mota - A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças. Revista brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro. Vol. 31 n.º 1 (Abr. 2007) p. 38-43.

ROSENSTOCK, IRWIN.M - Why People use Health Services. The Milbank Memorial Fundacion Quarterly. Vol.44, n.º3 (Jul. 1966), p. 94-127

SANTOS, Ferreira José. [et al.] - Registo nacional de síndromes coronárias agudas: sete anos de actividade em Portugal. Revista Portuguesa de Cardiologia. 28 (2009) 1465-1504.

SARAFINO, E.P. - **Health Psychology. Biopsychosocial Interactions**. 4.^a ed. New York: John Wiley & Sons, 2002.

SCHWARTZ, D., WANG, M., ZEITZ, L. & GOSS, M.E.W. - Medication errors made by elderly, chronically ill patients. American Journal of Public Health. 52, (1962) 2018-2029.

SILVA, Isabel Maria Sousa Lopes; PAIS-RIBEIRO, José; CARDOSO, Helena. - Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: A importância das características demográficas e clínicas; Revista Referencia. II.^a Série n. °2. (2006), 41p.

SCHAFER, R. B.; KEITH, P.M.; SCHAFER, E.- Predicting fat in diets of marital partners using the health belief model. Journal of Behavioral Medicine. vol. 18, n. ° 5, (Oct. 1995), p. 419-433.

SCHOEBER, R., & LACROIX, J. M. - **Lay illness models in the enlightenment and the 20th Century: some historical lessons**. In SKELTON J. A., & CROYLE R - *Mental representations of health and illness*. Springer-Verlag. New York: (1991).

SIMÃO, Ana Rita Esteves - **Adesão Às Prescrições/Recomendações Médicas Por Parte De Idosos Institucionalizados E Em Centros De Dia: Um Estudo Exploratório**: Universidade De Lisboa, 2009, 225p. Dissertação de mestrado Integrado em Psicologia, apresentado á Universidade De Lisboa, Secção de Psicologia Clínica e Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença.

SIQUEIRA, Karina Machado [et al.], - Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. Texto contexto - enfermagem. Florianópolis, vol. 15, n.º 1, (Março 2006), p. 68-73.

SARAFINO, E.P - **Health Psychology. Biopsychosocial Interactions**. New York: John Wiley & Sons, 4.^a ed. (2002)

SOUSA, Maria Rui Miranda Grilo Correia De - **Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2** – Braga: Universidade do Minho, 2003,178 p. Dissertação de Mestrado de Educação, na área

de especialização de Educação para a Saúde, apresentada á Universidade do Minho, instituto de Educação e Psicologia.

STRECHER, Victor; ROSENSTOCK, Irwin. - The health belief model. In BAUM, A. [et al.] ed. lit. - **Cambridge handbook of psychology, health and medicine**. Cambridge: Cambridge University Press. 1997. p. 113-117.

STUCHI, R; CARVALHO, E. - Crenças dos portadores de doenças coronárias sobre os comportamentos de risco. Revista Latino-americana de Enfermagem. 11:1 (2003) 74-9.

TREHARNE, G.J.; LYONS, A.C.; & KITAS, G.D. - Medication adherence in rheumatoid arthritis, effects of psychological factors. Psychology of Health Medicine. 9 (2004) 337– 349.

STUCK, A.E. & TAMAI, I.Y - Medication management in the home. Clinical Geriatric Medicine. 7:4 (1991) 733-748.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel - Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Belo Horizonte. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Vol. 10 n.º4 (Out/dez, 1994), p. 497-504.

VASCONCELOS, Eymard Mourão - A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. Saúde em Debate. vol.49, n. º50 (Mar 1995 -Dez1996), p. 103-106.

VIK, S., MAXWELL, C., & HOGAN, D - Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. Ann Pharmacother. 38:2 (2004) 303-312.

VERMEIRE, [et al.] - Patient adherence to treatment: three decades of research - A comprehensive review. J Clin Pharm Ther. 26:5 (2001) 331-342.

WHITTINGTON, F. - Compliance: Taking Prescribed Medications - In MADDUX, G. [et al.] ed. lit. - **The Encyclopedia of Aging (208-210)**. New York: Springer Publishing Company, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE I- Caracterização sócio-demográfica e sócio-familiar

A amostra do estudo é constituída por 110 indivíduos. Relativamente ao **Sexo**, é constituída por 68,2% de homens (n=75) e 31,8% de mulheres (n=35). **(Quadro 3)**

Quanto à **Idade** dos sujeitos, está compreendida entre os 48 e os 89 anos. A sua média amostral é de 66 anos (dp=10) e o seu coeficiente de variação é de 14,76%, correspondendo a uma fraca dispersão. A distribuição é simétrica (Sw/error = 0,27) e os valores de Kurtose indicam que a curva é mesocúrtica (Kw/error = - 1,21), o que permite dizer que estamos perante uma distribuição normal. **(Quadro 2)**

As médias de idade dos homens (\bar{X} =64; p=9) são inferior à das mulheres (\bar{X} =72; dp=10) e as diferenças entre ambos são estatisticamente significativas (t = - 4,15; p=0,00). **(Quadro 2)**.

Quadro 2 - Estática da amostra de acordo com a idade.

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

t-Student
p<0,005

Os indivíduos da amostra foram agrupados em quatro **Grupos etários**, permitindo constatar que a maioria dos indivíduos, 34,5%, tem idades compreendidas entre os 66-75 anos. Analisando em função do sexo, constata-se que 40,0% dos homens se encontra entre os 56-65 anos e as mulheres, 42,9% entre os 66-75 anos. **(Quadro 3)**

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

A maioria dos indivíduos, 44,5%, possui **como Habilitações Literárias** o *Ensino primário*. Os indivíduos da amostra sem grau de escolaridade, correspondente a *Não sabe ler nem escrever*, equivalem a uma percentagem de 16,4%, sendo que a maior percentagem é mulheres (45,7%). Contudo, analisando em função do sexo, 11,4% das mulheres possuem *Ensino Superior* e apenas 4,0% dos homens possui as mesmas habilitações. Os homens, maioritariamente (52,0%) possuem o *Ensino Primário*. **(Quadro 3)**

A maioria dos indivíduos da amostra **reside** na *Cidade*, 60,0%, distribuindo-se os restantes, pela aldeia (20,9%) e vila (19,1%) **(Quadro 3)**

Relativamente á **Situação laboral** pode-se inferir que apenas 16,3% dos indivíduos está empregado, ainda que 1,8% destes se encontre de *Baixa médica*. Constatam-se ainda que a maioria, 79,1% dos indivíduos são *Reformados*. As mulheres maioritariamente (40,0%) estão desempregadas, enquanto os homens (66,7%) estão reformados. **(Quadro 3)**

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

Analisando a variável **Rendimentos Mensais**, constatamos que a maioria dos indivíduos (50,9%) auferem um valor mensal *Inferior a 485 euros* (inferior ao ordenado mínimo nacional). Sendo que as mulheres se encontram maioritariamente neste grupo de rendimentos, com uma percentagem de 65,7%. **(Quadro 3)**

Quanto à **Coabitação** – (Com *quem Vive*), podemos observar no Quadro 1 que a maioria dos sujeitos, 62,7%, vive *Com cônjuge sendo que* só 10,0% vive *Sozinho*.

Analisando em função do sexo observamos que a maioria dos homens (69,3%) e das mulheres (48,6%) vivem com o cônjuge, mas que 14,3%, das mulheres e 8,0% dos homens vivem *Sozinhos* **(Quadro 3)**.

Quadro 3 - Caracterização da amostra de acordo com as variáveis sócio-demográficas e sócio-familiares.

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo	75	68,2	35	31,8	110	100
Grupos Etários						
<i>[45-55 anos]</i>	14	18,7	3	8,6	17	15,5
<i>[56-65 anos]</i>	30	40,0	5	14,3	35	31,8
<i>[66-75 anos]</i>	23	30,7	15	42,9	38	34,5
<i>Mais que 76 anos]</i>	8	10,7	12	34,3	20	18,2
Estado Civil						
<i>Solteiro</i>	0	0,0	1	2,9	1	0,9
<i>Casado</i>	66	88,0	19	54,3	85	77,3
<i>Viúvo</i>	5	6,7	13	37,1	18	16,4
<i>Divorciado</i>	2	2,7	2	5,7	4	3,6
<i>União de Facto</i>	2	2,7	0	0,0	2	1,8
Estado marital - Com companheiro						
<i>Sim</i>	68	90,7	19	54,3	87	79,1
<i>Não</i>	7	9,3	16	45,7	23	20,9
Habilitações Literárias						
<i>Não sabe ler nem escrever</i>	2	2,7	16	45,7	18	16,4
<i>Ensino primário</i>	39	52,0	10	28,6	49	44,5
<i>Ensino Básico</i>	16	21,3	3	8,6	19	17,3
<i>Ensino Secundário</i>	15	20,0	2	5,7	17	15,5
<i>Ensino Superior</i>	3	4,0	4	11,4	7	6,4
Residência						
<i>Aldeia</i>	16	21,3	7	20,0	23	20,9
<i>Vila</i>	16	21,3	5	14,3	21	19,1
<i>Cidade</i>	43	57,3	23	65,7	66	60,0
Situação Laboral						
<i>Empregado</i>	12	16,0	4	11,4	16	14,5
<i>Desempregado</i>	3	4,0	2	5,7	5	4,5
<i>Baixa Médica</i>	2	2,7	0	0,0	2	1,8
<i>Reformado</i>	58	77,3	29	82,9	87	79,1
Grupos Profissionais						
<i>Quadros Superiores de Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa</i>	1	8,3	2	50,0	3	18,8
<i>Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio</i>	0	0,0	1	25,0	1	6,3
<i>Pessoal Administrativo e Similares</i>	4	33,3	1	25,0	5	31,3
<i>Pessoal dos Serviços e Vendedores</i>	2	16,7	0	0,0	2	12,5
<i>Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem</i>	1	8,3	0	0,0	1	6,3
<i>Trabalhadores Não Qualificados</i>	4	33,3	0	0,0	4	25,0
Rendimento Mensal						
<i>Inferior a 485 euros</i>	33	44,0	23	65,7	56	50,9
<i>Entre 485 e menos de 970 euros</i>	26	34,7	6	17,1	32	29,1
<i>Entre 970 e menos de 1455 euros</i>	9	12,0	1	2,9	10	9,1
<i>Igual ou superior a 1455 euros</i>	7	9,3	5	14,3	12	10,9
Coabitação - com quem vive						
<i>Sozinho</i>	6	8,0	5	14,3	11	10
<i>Com o Cônjuge</i>	52	69,3	17	48,6	69	62,7
<i>Com os filhos e cônjuge</i>	14	18,7	7	20,0	21	19,1
<i>Com os filhos</i>	0	0,0	6	17,1	6	5,5
<i>Família Alargada</i>	3	4,0	0	0,0	3	2,7

APÊNDICE II - Questionário



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

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

1- Medidas antropométricas:

Peso _____ Kg (PESO)

Altura _____ cm (AL)

2- Costuma ingerir bebidas alcoólicas? (IBAL)

- Não (1) Sim, só nas festas (3)
 Sim, todos os dias (5) Sim, raramente (2)
 Sim, ao fim de semana (4)

4- Pratica exercício físico? (PEF)

- Não (1)
 Sim (2)

4- a) Quantas vezes? (Frequência) (FEF)

- Nenhuma
 Ocasionalmente (5)
 1 vez por semana (4)
 2-3 vezes por semana (3)
 4-5 vezes por semana (2)
 6-7 vezes por semana (1)

4- b) Duração de cada sessão (DEF)

- Nada(5)
 Menos de 25 minutos (4)
 25-35 minutos (3)
 35-45 minutos (2)
 Mais de 45 minutos (1)

4-c) Refira qual ou quais as actividades que pratica? (EP)

2-a) Qual a quantidade de bebidas alcoólicas que bebe habitualmente? (QBAL)

- Nenhuma (1) Até 2 litros (4)
 1-2 Copos (2) Mais de 2 litro (5)
 Até 1 litro (3)

3- Costuma fumar habitualmente? (FHAB)

- Nunca fumei (1)
 Já experimentei, mas nunca fui fumador (2)
 Já fumei mas parei (3)
 Ocasionalmente (4)
 Ocasionalmente (5)
 Fumo todos os dias menos de 5 cigarros dia (6)
 Fumo todos os dias entre 5-10 cigarros por dia (7)
 Fumo todos os dias mais de 10 cigarros por dia (8)

5-Quando pensa no tipo de alimentação que tem, como crê que seja? (TALIM)

- Muito saudável (1)
 Tão saudável como o recomendado (2)
 Moderadamente saudável (3)
 Ligeiramente saudável (4)
 Pouco saudável ou nada saudável (5)

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"/>
logurtes	<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

1- Distância do domicílio ao Hospital /Centro de Saúde
 _____ Km (DDH)

2- Acessibilidade aos serviços de saúde: (ACE)

- Transporte Próprio (1)
 Transporte de Familiares/Vizinhos (2)
 Transporte Público (3)
 Táxi (4)
 A pé (5)

3- Tem dificuldade em se deslocar ao local da sua consulta? (DIF)

- Não (1) Sim, devido ao custo financeiro do transporte (4)
 Sim, porque a distância é grande para ir a pé (2) Sim, porque necessita de acompanhante (5)
 Sim, porque tem afazeres domésticos, casa ou filho (3) Sim, porque não pode faltar ao trabalho (6)

4- Qual é o seu acompanhamento médico para a doença cardíaca? (AMED)

- Médico de família (1)
 Médico particular (2)
 Cardiologista do Hospital (3)
 Medicina Intensiva do Hospital (4)
 Medicina Interna do Hospital (5)

5- Qual a periodicidade das consultas (relacionadas com a doença)? (PC)

- Mensal (1)
 Trimestral (2)
 Semestral (3)
 Anual (4)
 Bianual (5)

6- Quanto ao número de consultas, considera que: (NC)

- Está adequado (1)
 Deveria ter mais consultas (2)
 Deveria ter menos (3)

7- Frequenta as consultas quando são marcadas? (FC)

- Sempre (1)
 Quando sente necessidade (2)
 Raramente (3)

8- Frequenta um programa de Reabilitação Cardíaca? (FPRC)

- Não (1)
 Sim (2)

9- Como é o seu relacionamento com o(s) Enfermeiro(s)? (RE)

- Bom (1)
 Mau (2)
 Indiferente (3)

10- Como é o seu relacionamento com o(s) Médico(s)? (RMED)

- Bom (1)
 Mau (2)
 Indiferente (3)

11- Qual o profissional de saúde lhe dá informações acerca da sua doença cardíaca e seu tratamento? (PINF)

- Médico (1)
 Enfermeiro (2)
 Farmacêutico (3)

1- Responda de acordo com a sua limitação física relacionada com Doença Cardíaca Isquémica (selecione 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)

E. VARIÁVEIS RELACIONADAS COM A TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

1- Toma habitualmente medicação para a Doença Cardíaca Isquémica? (MDC)

- Não (1)
- Sim (2)

5- Considera excessivo o número de comprimidos que tem de tomar por dia? (NEC)

- Não (1)
- Sim (2)

Se sim, quais?

1- a) Estatinas (ES)

- Não (1)
- Sim (2)

1- c) Beta-bloqueantes (BB)

- Não (1)
- Sim (2)

1- b) Anti-agregantes plaquetários (AAP)

- Não (1)
- Sim (2)

1- d) IECAS (IECAS)

- Não (1)
- Sim (2)

6- Acha o seu esquema terapêutico muito complicado? (ETC)

- Não (1)
- Sim (2)

7- Alguma vez interrompeu a prescrição terapêutica por iniciativa própria? (IMP)

- Não (1)
- Sim (2)

7- a) Por que motivo? (M)

2- Toma outros medicamentos para outras doenças? (OM)

- Não (1)
- Sim (2)

8- Quanto costuma gastar mensalmente com a medicação? (GMM)

- Sem custos (1) Entre 41 a 80 € (3)
- Entre 1 a 40 € (2) Mais de 81 € (4)

3- Há quanto tempo toma essa medicação para a Doença Cardíaca Isquémica? (TM) _____ anos

4- Número total de comprimidos que toma por dia (NTC) _____ comprimidos

9- Apresentou algum efeito indesejado com a medicação? (EIM)

- Sim (1)
- Não (2)

Se sim, quais?

- Palpitações (1) Impotência/Frigidez (5)
- Fraqueza/Fadiga (2) Equimoses (6)
- Cefaleias (3) Alterações intestinais (7)
- Náuseas (4) Alergias (8)

10- MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT) (Delgado e Lima, 2001)	Sempre (1)	Quase sempre (2)	Com frequência (3)	Por vezes (4)	Raramente (5)	Nunca (6)
1) Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença? (MAT1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da sua medicação? (MAT2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por se ter sentido melhor? (MAT3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? (MAT4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior? (MAT5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos? (MAT6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico? (MAT7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. ESCALA DE CRENÇAS ACERCA DOS MEDICAMENTOS

(© Horne, weinman & Hankins, 1997). Versão Portuguesa de M. Graça Pereira & N. Sofia Silva, 1999.

Gostaríamos de saber qual a opinião que tem acerca dos medicamentos, **QUE ESTÀ A TOMAR**. As frases que se seguem são opiniões que outras pessoas têm acerca dos medicamentos que tomam. Por favor indique em que grau concorda ou discorda escolhendo a resposta adequada, com um **X**.

1- (CT) Concordo Totalmente; 2 - (C) Concordo; 3 - (N) Não tenho a certeza; 4 - (D) Discordo; 5 - (DT) Discordo totalmente

	CT=1	C=2	N=3	D=4	DT=5
1. Neste momento a minha saúde depende de medicamentos (CM1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ter que tomar medicamentos preocupa-me (CM2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A minha vida seria impossível sem medicamentos (CM3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sem medicamentos eu estaria muito doente (CM4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo (CM5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Os meus medicamentos são um mistério para mim (CM6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A minha saúde no futuro ira depender de medicamentos (CM7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os meus medicamentos desorganizam a minha vida (CM8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos (CM9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os meus medicamentos impedem que eu fique pior (CM10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE/DOENTE (RPD)

1 – (CT) Concordo Totalmente; 2 – (C) Concordo; 3 – (NC/ND) Não concordo, nem discordo; 4 – (D)

Discordo;

5 – (DT) Discordo Totalmente

	CT=1	C=2	NC/ND=3	D=4	DT=5
1. Na relação com os profissionais de saúde valorizo a atenção personalizada (RPD1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quando iniciei a medicação para a doença cardíaca foi-me explicado porque é importante tomar a medicação exactamente como planeado (horários, doses, etc) (RPD2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Não me foi dado o tempo que necessitava para a consulta (RPD3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tenho receio em fazer perguntas e pedir esclarecimentos (RPD4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Na relação com os profissionais de saúde valorizo uma comunicação clara e compreensível que me permita conhecer a doença e tratamento (RPD5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Foram-me respondidas todas as questões que me preocupam (RPD6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Foi-me dado um plano detalhado sobre a forma como devo tomar os medicamentos (horários, doses, etc.) (RPD7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os objectivos dos exames e tratamentos foram-me devidamente explicados (RPD8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tenho falta de confiança nos profissionais de saúde (RPD9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Foram-me colocadas várias opções de tratamento de forma a poder escolher a que melhor se adapta a mim (RPD10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento em relação aos medicamentos que tomo (RPD11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. As minhas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado não foram ouvidas (RPD12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Foram-me explicadas as vantagens do tratamento (RPD13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Não me foi explicada a forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos (RPD14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As minhas dificuldades e preocupações relativamente ao tratamento planeado foram compreendidas pelos profissionais de saúde (RPD15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento relativamente aos efeitos secundários dos tratamentos (RPD16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Não fui motivado para seguir o tratamento prescrito (RPD17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Fui tratado atenciosamente e de forma personalizada (RPD18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Fui esclarecido sobre as medidas a tomar caso falha-se uma toma/dose de medicação (RPD19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. O profissional de saúde não teve em conta a minha opinião relativamente à globalidade do tratamento (RPD20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Durante a consulta não presto a atenção devida quando me explicam os tratamentos (RPD21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para ouvir as minhas preocupações e dificuldades (RPD22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Entendi as vantagens do tratamento (RPD23)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Foram-me transmitidos os riscos que posso correr se não tomar a medicação tal como planeado (RPD24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para esclarecerem as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento (RPD25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. As informações que me foram dadas acerca da doença e tratamento foram transmitidas numa linguagem perceptível e clara (RPD26)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Foi-me explicado detalhadamente para que serve cada medicamento que tomo (RPD27)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sinto que os profissionais de saúde estão disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento (RPD28)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. QUESTIONÁRIO BRIEF COPE (COPE)

(© J.L. PAIS RIBEIRO & A.P. RODRIGUES, 2004)

As afirmações que se seguem dizem respeito ao modo como as pessoas lidam com os problemas da vida.

Ao longo da vida as pessoas são confrontadas com diversos problemas ou situações difíceis. As pessoas não lidam todas com os problemas da mesma forma. Cada uma das seguintes afirmações representa uma forma específica de reagir quando um indivíduo se confronta com uma situação geradora de stress.

Imagine que se encontra perante uma situação difícil ou um problema (como por exemplo o diagnóstico de uma doença, uma cirurgia, etc.) e por favor, leia cuidadosamente cada afirmação descrita em baixo, assinalando com uma cruz (X) no quadrado respectivo , a situação que melhor traduz o seu comportamento habitual. Responda de forma honesta, espontânea e rápida. Não há respostas certas ou erradas, há apenas a sua resposta. Não se pretende saber o que considera ser melhor, mas sim o que se passa realmente consigo.

	Nunca faço isso (0)	Raramente faço isso (1)	Faço isso algumas vezes (2)	Faço sempre isso (3)
1) Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação (COPE1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho) (COPE2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer (COPE3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação (COPE4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação (COPE5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo (COPE6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos) (COPE7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Procuo o conforto e compreensão de alguém (COPE8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual (COPE9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Rezo ou medito (COPE10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva (COPE11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer (COPE12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Faço críticas a mim próprio (COPE13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14) Culpo-me pelo que está a acontecer (COPE14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer (COPE15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Tento aprender a viver com a situação (COPE16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Fico aborrecido e expesso os meus sentimentos (emoções) (COPE17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Sinto e expesso os meus sentimentos de aborrecimento (COPE18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade” (COPE19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo (COPE20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação (COPE21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras (COPE22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Desisto de me esforçar para obter o que quero (COPE23)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo (COPE24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor (COPE25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas (COPE26)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Enfrento a situação levando-a para a brincadeira (COPE27)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Enfrento a situação com sentido de humor (COPE28)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE III - Descrição das componentes MAT e BMQ específica

Medida de adesão aos tratamentos (MAT): O estudo sobre a adesão ao regime terapêutico foi efectuado através da escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Versão portuguesa de Delgado e Lima, 2001). A MAT consiste num método composto por 7 itens, que utiliza como resposta uma escala de Likert convertida em padrão dicotómico. Assim para avaliar o grau de adesão dos pacientes, a pontuação varia de 1, correspondente a "sempre" (menor adesão) a 6, correspondente a "nunca" (maior adesão). Para análise desta escala a conversão fez-se segundo o seguinte critério: nunca (6) e raramente (5), da escala de Likert passou a não (1) da escala dicotómica, e por vezes (3), com frequência (4), quase sempre (5) e sempre (6), da escala de Likert passou a sim (0), da escala dicotómica sim/não (aderente/não aderente) (Delgado e Lima, 2001).

Para quantificar a variável adesão à terapêutica, recorreu-se ao método dos grupos extremos revisto, dessa forma os indivíduos foram agrupados em três categorias de adesão à terapêutica: Baixa Adesão ($\leq M - 0,25$ dp); Razoável Adesão ($> M - 0,25$ dp e $< M + 0,25$ dp); e Boa Adesão ($\geq M + 0,25$ dp).

Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ Específica):

Este questionário consta de duas secções designadas por BMQ - Específica e BMQ – Geral. A primeira avalia as representações de fármacos prescritos para uso pessoal, enquanto a segunda avalia crenças acerca dos medicamentos em geral. Assim sendo, neste estudo, foi utilizada a secção BMQ – Específica.

Esta subescala é constituída por dois factores com 5 itens cada um, que avaliam as crenças dos doentes acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita (itens 1,3,4,7 e 10) e das preocupações específicas relacionadas com os perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo (itens 2,5,6,8 e 9) (Pereira e Silva, 1999). Os itens são cotados numa escala de tipo Likert de 5 pontos (1=Discordo totalmente; 2=Discordo; 3=Não tenho a certeza; 4=Concordo; 5=Concordo totalmente), variando o total em cada uma das sub-escalas entre 4 e 20. Na subescala necessidades específicas, quanto mais elevada é a cotação obtida, mais forte é a crença do paciente acerca da necessidade dos fármacos prescritos. Na subescala

preocupações específicas, quanto mais elevada é a cotação obtida, mais forte é a crença dos pacientes acerca do potencial nocivo dos fármacos (representações dos mesmos como sendo prejudiciais).

APÊNDICE IV - Declaração de consentimento



Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E
INVESTIGAÇÃO

Unidade Científico Pedagógico - Enfermagem Médico-Cirúrgica

COD: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Investigador Principal: António Madureira Dias

Investigadores Colaboradores: Ana Augusto, Carla Antunes, Olga Saraiva e Sílvia Pina

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

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

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

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

Data: ____/____/2011

Assinatura do Participante _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE V – Caracterização dos estilos de vida

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

Relativamente aos **Hábitos tabágicos**, dos indivíduos da amostra, 60,0% referem que *Nunca fumaram*. Ainda é de referir que 30% da amostra refere *Já ter fumado, mas que no momento não fuma* e apenas 7,3% dos sujeitos diz *Fumar todos os dias*. Dos que fumam todos os dias, 50,0% *Fuma mais de 10 cigarros por dia*. Os que fumam *Todos os dias* correspondem a 8,0% dos homens e 5,7% das mulheres. Destes 50,0% dos homens e das mulheres fumam *Mais de 10 cigarros* diariamente. (**Quadro 4**)

Referente à **Prática de exercício físico**, dos sujeitos presentes no estudo 51,8% *Não pratica exercício físico*. Dos indivíduos que praticam alguma actividade física (48,2%), a maioria, 43,4%, pratica algum tipo de actividade física *2 a 3 vezes por semana* e 37,7% referem que o exercício dura entre *35 a 45 Minutos*. A análise em função do sexo, alude que dos que praticam alguma actividade física, 53,3% representa a fracção masculina e destes, 40,0% fá-lo *2-3 vezes por semana* e 37,5% durante *35-45 Minutos* por dia. Quanto às mulheres, 62,9% não pratica qualquer exercício. Das que praticam, apresentam um padrão semelhante ao dos homens (**Quadro 4**).

Analisando a variável **Percepção do tipo de Alimentação** da amostra em estudo, 42,7% dos indivíduos consideram ter uma alimentação *Moderadamente saudável*, 40,9%, *Tão saudável como recomendado* e somente 10,9%, refere fazer uma alimentação *Muito saudável*. (**Quadro 4**).

Quanto à **Frequência das refeições**, 94,5% dos inquiridos toma *todos os dias o pequeno-almoço*; 46,4% *nunca ou quase nunca efectua uma merenda*; 92,7% dos sujeitos *almoça todos os dias*; 48,2% *lancha todos os dias*; 99,1% *janta todos os dias* e

42,7% *ceiam todos os dias* (**Quadro 4**) Já na **Frequência de consumo de alguns alimentos**, verificou-se que 90% da amostra alude *nunca ou quase nunca* comer *sopas instantâneas*; 85,5% refere, igualmente, *nunca ou quase nunca* come *hambúrgueres e salsichas* e 83,6% *nunca ou quase nunca* ingere *Coca-Cola* ou outras *bebidas gaseificadas*. Ainda é de referir que 79,1% da amostra ingere *todos os dias chá e/ou café*. (**Quadro 4**)

É de salientar que 52,7% dos indivíduos sofre de **Stress** diariamente. Analisando a variável em função do sexo, 56% dos homens e 45,7% das mulheres sofrem de stress. (**Quadro 4**).

Quadro 4 - Características de acordo com as variáveis de estilos de vida

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bebe bebidas alcoólicas						
<i>Não</i>	20	26,7	21	60,0	41	37,3
<i>Sim</i>	55	73,3	14	40,0	69	62,7
Frequência da ingestão de bebidas alcoólicas (dos que bebem)						
<i>Raramente</i>	10	18,2	3	21,4	13	18,8
<i>Só nas festas</i>	6	10,9	4	28,6	10	14,5
<i>Ao fim de semana</i>	3	5,5	2	14,3	5	7,2
<i>Todos os dias</i>	36	65,5	5	35,7	41	59,5
Quantidade de bebidas alcoólicas consumidas habitualmente (dos que bebem)						
<i>1-2 Copos</i>	46	83,6	14	100,0	60	87,0
<i>Até 1 litro</i>	9	16,4	0	0,0	9	13,0
Fumar						
<i>Nunca fumei</i>	36	48,0	30	85,7	66	60,0
<i>Já experimentei, mas nunca fui fumador</i>	1	1,3	0	0,0	1	0,9
<i>Já fumei mas parei</i>	31	41,3	2	5,7	33	30,0
<i>Fumo ocasionalmente</i>	1	1,3	1	2,9	2	1,8
<i>Fumo todos os dias</i>	6	8,0	2	5,7	8	7,3
Hábitos tabágicos (dos que fumam todos os dias)						
<i>Fumo menos de 5 cigarros por dia</i>	1	16,7	1	50,0	2	25,0
<i>Fumo entre 5 e 10 cigarros por dia</i>	2	33,3	0	0,0	2	25,0
<i>Fumo mais de 10 cigarros por dia</i>	3	50,0	1	50,0	4	50,0
Prática exercício físico						
<i>Sim</i>	40	53,3	13	37,1	53	48,2
<i>Não</i>	35	46,7	22	62,9	57	51,8
Frequência do exercício Físico						
<i>6-7 Vezes por semana</i>	11	27,5	2	15,4	13	24,5
<i>4-5 Vezes por semana</i>	9	22,5	2	15,4	11	20,8
<i>2-3 Vezes por semana</i>	16	40,0	7	53,8	23	43,4
<i>1vez por semana</i>	2	5,0	1	7,7	3	5,7
<i>Ocasionalmente</i>	2	5,0	1	7,7	3	5,7
Duração do exercício Físico						
<i>Mais de 45 minutos</i>	14	35,0	3	23,1	17	32,1
<i>35-45 Minutos</i>	15	37,5	5	38,5	20	37,7
<i>25-35 Minutos</i>	7	17,5	2	15,4	9	17,0
<i>15-25 Minutos</i>	4	10,0	3	23,1	7	13,2
Percepção do Tipo de alimentação						
<i>Muito saudável</i>	9	12,0	3	8,6	12	10,9
<i>Tão saudável como recomendado</i>	29	38,7	16	45,7	45	40,9
<i>Moderadamente saudável</i>	35	46,7	12	34,3	47	42,7
<i>Ligeiramente saudável</i>	2	2,7	4	11,4	6	5,5

Stress						
Não	33	44,0	19	54,3	52	47,3
Sim	42	56,0	16	45,7	58	52,7
Estilos de Vida						
Estilos de vida equilibrados	75	100,0	35	100,0	110	100,0

A análise descritiva relativa ao **Total de estilos de vida**, mostra uma variação entre 63 e 103, sendo a sua média de 83,42 (dp=8,20) e o seu coeficiente de variação é de 9,83%, o que corresponde a uma dispersão fraca. A distribuição é simétrica (Sw/error = -0,092) e mesocúrtica (Kw/error = - 0,75). Os indivíduos do sexo masculino apresentam uma média do global de estilos de vida maior (\bar{X} =84,57; dp=7,68) do que os do sexo feminino (\bar{X} =80,94; dp=8,83). Da análise do Teste de *t-Student* pode constatar-se que existem diferenças significativas entre os grupos (t=2,10; p=0,003). (Quadro 5)

Quadro 5 - Caracterização do valor total dos estilos de vida da amostra.

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

t-student
p <0,005

APÊNDICE VI: Análise descritiva.

Quadro 6 - Caracterização relacionada com as variáveis clínicas.

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

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

Quadro 7 - Caracterização do Índice de Massa Corporal (IMC) da amostra.

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

T-Student
p <0,05

Quadro 8 - Caracterização das variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica.

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Medicação para a doença cardíaca						
<i>Sim</i>	75	100	35	100	110	100
<i>Estatinas</i>						
<i>Não</i>	16	21,3	7	20,0	23	20,9
<i>Sim</i>	59	78,7	28	80,0	87	79,1
Anti-agregantes plaquetários						
<i>Não</i>	9	12,0	4	11,4	13	11,8
<i>Sim</i>	66	88,0	31	88,6	97	88,2
Beta-bloqueadores						
<i>Não</i>	39	52,0	20	57,1	59	53,6
<i>Sim</i>	36	48,0	15	42,9	51	46,4
IECAS						
<i>Não</i>	23	30,7	10	28,6	33	30,0

<i>Sim</i>	52	69,3	25	71,4	77	70,0
Outra Medicação						
<i>Não</i>	24	32,0	8	22,9	32	29,1
<i>Sim</i>	51	68,0	27	77,1	78	70,9
Intervalos de tempo de toma da medicação						
<i>Menos de meio ano</i>	5	6,7	0	0,0	5	4,5
<i>Entre meio ano e menos de 1 ano</i>	5	6,7	1	2,9	6	5,5
<i>Entre 1 ano e menos de dois anos</i>	6	8,0	6	17,1	12	10,9
<i>Entre 2 anos e menos de 3 anos</i>	13	17,3	5	14,3	18	16,4
<i>Entre 3 anos e menos de 4 anos</i>	9	12,0	7	20,0	16	14,5
<i>Entre 4 anos e menos de 5 anos</i>	9	12,0	3	8,6	12	10,9
<i>Mais de 5 anos</i>	28	37,3	13	37,1	41	37,3
Número de Comprimidos Excessivo						
<i>Não</i>	41	54,7	18	51,4	59	53,6
<i>Sim</i>	34	45,3	17	48,6	51	46,4
Esquema Terapêutico Complexo						
<i>Não</i>	60	80,0	18	51,4	78	70,9
<i>Sim</i>	15	20,0	17	48,6	32	29,1
Interrompeu da medicação por iniciativa própria						
<i>Não</i>	61	81,3	28	31,5	89	80,9
<i>Sim</i>	14	18,7	7	20,0	21	19,1
Motivo da Interrupção						
<i>Por efeitos secundários</i>	1	7,1	2	28,6	3	14,3
<i>Devido ao elevado n.º de comprimidos</i>	4	28,6	1	14,3	5	23,8
<i>Por se sentirem melhor</i>	3	21,4	0	0,0	3	14,3
<i>Por dificuldades económicas</i>	1	7,1	2	28,6	3	14,3
<i>Por estarem fartos de tomar medicamentos</i>	0	0,0	1	14,3	1	4,8
<i>Para ver como se sentiam sem a medicação</i>	2	14,3	1	14,3	3	14,3
<i>Por esquecimento</i>	2	14,3	0	0,0	2	9,5
<i>Por efeitos secundários e por se sentirem melhores</i>	1	7,1	0	0,0	1	4,8
Gasto mensal com a medicação						
<i>Sem custos</i>	5	6,7	3	8,6	8	7,3
<i>Entre 1 e 40 euros</i>	15	20,0	6	17,1	21	19,1
<i>Entre 41 e 80 euros</i>	29	38,7	11	31,4	40	36,4
<i>Mais de 80 euros</i>	26	34,7	15	42,9	41	37,3
Ocorrência de efeitos secundários						
<i>“Não”</i>	53	70,7	22	62,9	75	68,2
<i>“Sim”</i>	22	19,3	13	37,1	35	31,8
Efeitos indesejados da medicação						
<i>“Palpitações”</i>	4	18,2	3	23,1	7	20,0
<i>“Fraqueza/Fadiga”</i>	2	9,1	4	30,8	6	17,1
<i>“Cefaleias”</i>	2	9,1	3	23,1	5	14,3
<i>“Náuseas”</i>	3	13,6	1	7,7	4	11,4

"Impotência/Frigidez"	7	31,8	1	7,7	8	22,9
"Equimoses"	1	4,5	0	0	1	2,9
"Alterações Intestinais"	2	9,1	1	7,7	3	8,6
"Alergias"	1	4,5	0	0	1	2,9

Quadro 9 - Estatística da variável do número total de comprimidos que toma por dia.

N.º Total de comprimidos/dia	N	Min	Max	\bar{X}	dp	CV%	SW/ error	KW/ error	Levene's p	T	P
Total	110	2	16	7,27	2,70	37,15	3,85	1,45	0,163	- 2,518	0,013

t-Student
p < 0,05

Quadro 10 - Caracterização da amostra de acordo com a Medida de Adesão ao Tratamento farmacológico.

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

t-Student
p < 0,05

Quadro 11 - Classificação da Adesão ao tratamento farmacológico

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

Quadro 12 - Caracterização da amostra de acordo com escala Crenças acerca dos Fármacos (BMQe).

BMQ - Específica	Masc (n=75)		Fem (n=35)		Min	Max	\bar{X}	Dp	CV (%)	SW/erro r	KW/ erro r	Levene' s p	t	p
	\bar{X}	dp	\bar{X}	dp										
Necessidade s específicas	9,53	4,2	8,66	4,0 7	5,0 0	25,0 0	9,25	4,1 7	45,0 8	5,93	5,12	0,58	1,0 3	0,3 1
Preocupaçõe s específicas	15,8	4,5	14,5	5,5 3	6,0 0	25,0 0	15,4 1	4,9 0	31,8 0	-0,19	- 1,69	0,03	1,3 0	0,2 0

t student
p<0,005

APÊNDICE VII. Análise inferencial

Quadro 13 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Sexo.

	Sexo				Levene's p	t	p
	Masculino N=35		Feminino N=75				
	Média	Dp	Média	dp			
NECESSIDADE ESPECÍFICAS	<u>9,53</u>	4,21	<u>8,66</u>	4,06	0,584	1,027	0,307
PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS	<u>15,85</u>	4,52	<u>14,46</u>	5,53	0,033	1,403	0,198

t-Student
p<0,05

Quadro 14 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Com companheiro.

	Com companheiro				Levene's p	t	P
	SIM N=87		Não N=23				
	Média	Dp	Média	Dp			
NECESSIDADE ESPECÍFICAS	8,98	3,95	10,30	4,87	0,953	1,363	0,176
PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS	15,56	4,49	14,83	6,22	0,002	- 0,533	0,598

t-Student
p<0,05

Quadro 15 - Análise estatística (ANOVA) relativa à variável Habilitações literárias.

	Habilitações literárias										f	p
	Não sabe ler nem escrever N=18		Ensino primário N=49		Ensino básico N=19		Ensino secundário N=17		Ensino superior N=07			
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	Média	dp	Média	dp		
NECESSIDADE ESPECÍFICAS	8,94	3,87	8,33	4,19	11,16	5,68	10,25	3,77	10,12	3,370	1,50	0,219
PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS	15,10	4,89	15,22	5,33	16,90	5,38	16,25	3,02	15,65	4,782	0,528	0,664

ANOVA

p<0,05

Quadro 16 - Análise estatística (ANOVA) relativa à variável Rendimento mensal.

	Rendimento mensal								f	P
	Inferior a 485 Euros N=56		Entre 485 e 970 Euros N=32		Entre 970 e 1455 Euros N=10		Mais de 1455 Euros N=12			
	Média	Dp	Média	Dp	Média	dp	Média	Dp		
NECESSIDADE ESPECÍFICAS	8,52	3,87	9,62	4,19	11,00	5,68	10,25	3,77	1,50	0,219
PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS	15,10	4,89	15,22	5,33	16,90	5,38	16,25	3,02	0,528	0,664

ANOVA

p<0,05

Quadro 17 - Análise estatística (ANOVA) relativa à variável Residência.

	Residência						f	P
	Aldeia N=23		Vila N=21		Cidade N=66			
	Média	Dp	Média	dp	Média	dp		
NECESSIDADE ESPECÍFICAS	10,78	5,29	7,95	3,01	9,13	3,94	2,675	0,074
PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS	16,91	5,38	15,76	4,76	14,77	4,68	1,729	0,182

ANOVA

p<0,05

Quadro 18 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Stress.

	Stress				Levene's <i>p</i>	T	P
	Não		Sim				
	Média	Dp	Média	dp			
NECESSIDADE ESPECÍFICAS	9,94	4,65	8,64	3,61	0,643	1,651	0,102
PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS	16,62	4,61	14,33	4,91	0,746	2,513	0,013

t-Student

p<0,05

Quadro 19 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Doença cardíaca diagnosticada

	Doença cardíaca diagnosticada						F	P
	Enfarte Agudo do Miocárdio		Angina instável		Angina Instável e Enfarte Agudo do Miocárdio			
	Média	dp	Média	dp	Média	dp		
NECESSIDADE ESPECÍFICAS	9,36	4,30	9,08	2,97	8,14	4,49	0,286	0,752
PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS	15,44	4,68	14,50	6,45	16,57	4,96	0,404	0,669

t-Student

p<0,05

Quadro 20 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Outras doenças.

	Outras doenças				Levene's <i>p</i>	T	P
	Não		Sim				
	Média	Dp	Média	dp			
NECESSIDADE ESPECÍFICAS	9,86	4,32	8,34	3,79	0,843	1,899	0,60
PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS	15,44	4,73	15,36	5,15	0,434	0,434	0,937

t-Student

p<0,05

Quadro 21 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Familiares com doença cardíaca.

	Familiares com doença cardíaca				Levene's <i>p</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
	Não N=62		Sim N=48				
	Média	dp	Média	dp			
NECESSIDADE ESPECÍFICAS	9,50	4,60	8,94	3,56	0,326	0,700	0,485
PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS	15,34	4,74	15,50	5,11	0,374	-0,171	0,865

t-Student
p<0,05

Quadro 22 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Factores de risco.

	Factores de risco				Levene's <i>p</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
	Não N=12		Sim N=98				
	Média	dp	Média	dp			
NECESSIDADE ESPECÍFICAS	11,50	6,07	8,98	3,83	0,016	1,405	0,185
PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS	16,42	4,01	15,29	4,98	0,161	0,756	0,451

t-Student
p<0,05

Quadro 23 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Número excessivo de comprimidos.

	Número excessivo de comprimidos				Levene's <i>p</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
	Não N=59		Sim N=51				
	Média	dp	Média	d			
NECESSIDADE ESPECÍFICAS	9,88	4,48	8,52	3,68	0,577	1,711	0,090
PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS	17,20	4,40	13,33	4,61	0,704	4,496	0,000

t-Student
p<0,05

Quadro 24 - Análise estatística (t-Student) relativa à variável Esquema terapêutico complicado.

	Esquema terapêutico complicado				Levene's <i>p</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
	Não N=78		Sim N=32				
	Média	Dp	Média	Dp			
NECESSIDADE ESPECÍFICAS	9,65	4,27	8,28	3,81	, 598	1,579	, 117
PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS	16,76	4,40	12,12	4,46	, 805	4,989	, 000

t-Student
p<0,05

Quadro 25 - Correlação de Pearson entre a dimensão Necessidades específicas e as variáveis independentes Gasto mensal, Número de comprimidos que toma por dia, Tempo de toma da medicação, Idade e Número excessivo de comprimidos.

	Gasto mensal com a medicação		Número total de comprimidos que toma por dia		Tempo de toma da medicação		Idade		Número excessivo de comprimidos	
	R	P	R	P	r	p	r	p	r	P
Necessidades específicas	-0,369	0,000***	-0,388	0,000***	-0,239	0,006**	-0,190	0,023*	-0,162	0,045*

p<0,05* Estatisticamente significativa

p<0,01** Estatisticamente bastante significativa

p<0,001*** Estatisticamente altamente significativo

p≥0,05 sem significado estatístico

Quadro 26 - Regressão Múltipla entre as Necessidades específicas e as variáveis independentes Gasto mensal, Número de comprimidos que toma por dia, Tempo de toma da medicação, Idade e Número excessivo de comprimidos.

Variável dependente: Necessidades específicas					
R= 0,538					
R ² = 29%					
R ² Ajustado= 0,270					
Erro padrão da estimativa = 3,56301					
F=14,420					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante	17,571	-0,307	-3,642	0,00	
numero total de comprimidos que toma por dia	-0,473	-0,309	-3,669	0,00	
gasto mensal com a medicação	-0,697	-0,237	-2,892	0,005	
tempo de toma da medicação	-0,270				
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	549,200	3	183,067	14,420	0,000
Residual	1345,673	106	12,695		
Total	1894,873	109			

Quadro 27 - Correlação de Pearson entre a dimensão Preocupações específicas e as variáveis independentes Gasto mensal, Número de comprimidos que toma por dia, Tempo de toma da medicação, Idade e Número excessivo de comprimidos.

	Gasto mensal com a medicação		Número total de comprimidos que toma por dia		Tempo de toma da medicação		Idade		Número excessivo de comprimidos	
	R	P	r	P	r	p	r	p	r	p
Preocupações específicas	-0,125	0,097	-0,284	0,001**	-0,160	0,48*	0,21*	0,416	-0,397	0,000***

p<0,05* Estatisticamente significativa

p<0,01** Estatisticamente bastante significativa

p<0,001*** Estatisticamente altamente significativo

p≥0,05 sem significado estatístico

Quadro 28 - Regressão Múltipla entre as Preocupações específicas e a variável independentes Número excessivo de comprimidos.

Variável dependente: Preocupações específicas					
R= 0,397					
R ² = 15,8%					
R ² Ajustado = 0,150					
Erro padrão da estimativa = 4,50195					
F=20,215					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes		Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	t	p
Constante		21,073		15,833	0,000
Número excessivo de comprimidos		-3,870	-0,397	-4,496	0,000
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	409,698	1	409,698	20,215	0,000
Residual	2188,893	108	20,268		
Total	2598,591	109			

Quadro 29 - Correlação de Pearson entre as duas dimensões (Necessidade específicas e Preocupações específicas) de CNF e MAT.

	r	p
NECESSIDADE ESPECÍFICAS	-0,86	0,185
PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS	0,412	0,000

p<0,05* Estatisticamente significativa

p<0,01** Estatisticamente bastante significativa

p<0,001*** Estatisticamente altamente significativo


p≥0,05 sem significado estatístico

Quadro 30 - Regressão Múltipla entre as CNF e MAT.

Variável dependente: MAT					
R =0,412					
R ² = 16,9					
R ² Ajustado = 0,162					
Erro padrão da estimativa = 0,51354					
F=22,034					
p= 0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante	4,674		28,715	0,000	
Preocupações específicas	0,047	0,412	4,694	0,000	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	5,811	1	5,811	22,034	0,000
Residual	28,482	108	0,264		
Total	34,293	109			

ANEXOS

ANEXO I - Autorização para a colheita de dados no chcb, epe e parecer da comissão de ética



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



S. R.
Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

2 ABR 2011
452509

[Handwritten signatures]

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
Quinta do Alvito
6200-251 COVILHÃ

[Handwritten signature: Dra. Rosa Saraiva]

26 ABR 2011

16 ABR 2011

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 456	Data: 08/04/2011
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

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

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

Quanto à população alvo do estudo, esta é constituída por doente com Cardiopatia Isquémica (Consulta Externa de Cardiologia) no Hospital Pêro da Covilhã.

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

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

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

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

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

O Presidente da ESSV

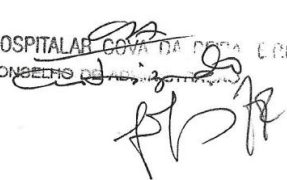
[Handwritten signature]
Professor Doutor João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

AM/NC



20 SET 2011



Parecer:	Despacho: CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA E.P.E. O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO 
ASSUNTO: Projecto de Investigação nº42/2011 - "Adesão terapêutica do doente com cardiopatia isquémica"	
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração DE: Núcleo de Investigação	N.º 72/2011 Data 08/09/2011

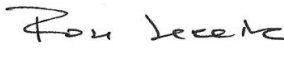
Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de Ana Augusto, Ana Cardoso, Carla Antunes, José Pimentel, Olga Saraiva e Sílvia Pina, alunos do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu para a realização do projecto de "Adesão terapêutica do doente com cardiopatia isquémica", a realizar nos Departamentos de Saúde da Criança e da Mulher, Medicina, Urgência e Emergência e Consulta Externa deste Centro Hospitalar

Envio ainda o parecer favorável nº.37/2011, emitido pela Comissão de Ética.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.

Com os melhores cumprimentos, *personis*

P'lo Núcleo de Investigação


 (Dr.ª Rosa Saraiva)

Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.

ANEXO II – Autorizações dos autores

Autorização da autora da MAT, Prof. Luísa Lima:

----- Mensagem enviada de Luísa Lima <Luisa.Lima@iscte.pt> -----
Data: Mond, 20 Dec 2010 18:50:10 -0000
De: Luísa Lima <Luisa.Lima@iscte.pt>
Responder Para: Luisa.Lima@iscte.pt
Assunto: RE: Medida de adesão aos tratamentos Para: roncao2@gmail.com

Boa tarde Olga

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

Luísa Lima

Enviada: quinta-feira, 19 de Dezembro de 2010 18:50

Para: lpl@iscte.pt

Assunto: **Medida de adesão aos tratamentos**

Bom dia Dr. Maria Luísa, o meu nome é Olga Saraiva e sou enfermeira no CHCB, EPE. Neste momento encontro-me a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESSViseu e estou a trabalhar na minha tese que tem por objectivo determinar a influência das Crenças na adesão terapêutica do doente com cardiopatia isquémica.

Para tal venho por este meio pedir autorização para usar a escala Medida de Adesão aos Tratamentos e pedir apoio na operacionalização. No artigo consultado refere que, o nível de adesão se obtém somando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Os valores mais elevados significam maior nível de adesão. Não existe um valor a partir do qual se considera "bom nível de adesão?"

Os meus cumprimentos Olga Saraiva

Autorização da autora da BMQ , Prof. Maria da Graça Pereira

Forwarded message -----

From: OLGA SARAIVA <roncao2@gmail.com>

Date: Wed, 3 Aug 2011 17:35:00 +0100

Subject: PEDIDO DE AJUDA

To: gracep@psi.uminho.pt

O meu nome é Olga Saraiva, sou Enfermeira e mestranda na Escola Superior de Saúde de Viseu. Estou a desenvolver um estudo acerca das crenças nos fármacos e a adesão á terapêutica nos doentes com cardiopatia isquémica. Gostaria de pedir autorização para utilizar o questionário das crenças dos fármacos (QFC específico e QFC geral) e solicitar a sua ajuda relativamente á forma como se operacionaliza o referido questionário. Desde já os meus agradecimentos aguardo a sua resposta. Obrigado.

--Olga Saraiva

Olá Olga

Apesar de estar de férias consegui ter acesso ao computador e envio-lhe os dados que precisa...a informação que envio vai ainda ser publicada pelo que apenas lhe dou **autorização a si para a consultar de forma a saber cotar o instrumento**... pois como vai reparar o instrumento está adaptado numa amostra de doentes com lombalgia. A cotação original está incluída e após a adaptação, não foram consideradas subescalas. Sugiro que use o instrumento na sua forma original.

M.G. No dia 16 de Agosto de 2011 18:10, Maria Graça Pereira Alves <gracep@psi.uminho.pt> escreveu: