

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Ana Patrícia Ramos Augusto

**Relação doente/profissional de Saúde e Adesão  
Terapêutica na Cardiopatia Isquémica**



Novembro de 2011

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Ana Patrícia Ramos Augusto

Relação doente/profissional de Saúde e Adesão  
Terapêutica na Cardiopatia Isquémica

**Tese de Mestrado**

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efectuado sob a orientação de  
Professor António Madureira Dias



Novembro de 2011

*Dedico este trabalho ao meu marido Daniel pela sua compreensão, carinho e apoio incondicional, à minha filha Leonor pelas horas que passou sem a minha presença e aos meus pais pela sua ajuda preciosa sem a qual este trabalho não teria sido exequível.*



## AGRADECIMENTOS

Dirijo os meus maiores agradecimentos ao meu orientador, Professor António Madureira Dias, o qual me acompanhou e apoiou durante todo este processo de investigação.

Agradeço ao Professor Doutor Miguel Castelo Branco, Diretor do Departamento Urgência e Emergência do CHCB – EPE por me ter facultado dados relativos aos doentes com Cardiopatia Isquémica que eram fundamentais para o estudo.

Aos médicos da Medicina Intensiva pela sua adaptabilidade a qual me permitiu efetuar parte da colheita de dados na consulta de Medicina Intensiva.

À Enfermeira Arminda Pinto, Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos do CHCB-EPE pela sua disponibilidade, apoio e amizade.

À secretária de piso do serviço de Medicina Intensiva pela sua prestabilidade.

Às minhas colegas Carla Antunes e Mabel Pina pelas experiências partilhadas.

Às Professoras Sílvia Fonseca e Sandra Lourenço pela sua ajuda preciosa.

A todos os participantes que preencheram os questionários e possibilitaram a concretização deste trabalho.

Finalmente a todos os amigos e colegas que me apoiaram ao longo desta caminhada, em especial à minha amiga Rosita.

A todos aqui referidos um bem-haja.



## RESUMO

**Título do Trabalho:** Relação doente/profissional de saúde e Adesão Terapêutica na Cardiopatia Isquêmica.

**Enquadramento:** A relação estabelecida entre profissionais de saúde e doentes é influenciada por vários fatores e tem sido apontada como forte preditora da adesão à terapêutica (CABRAL; SILVA, 2010).

**Objetivos:** Relacionar variáveis sociodemográficas, de saúde, farmacológicas e os estilos de vida com a RDP; estimar a predição da variável "RDP" na adesão terapêutica no doente com doença cardíaca isquêmica.

**Métodos:** Estudo transversal e correlacional; Amostra: 110 utentes (sexo masculino 68,2%, feminino 31,8%). Dados obtidos através de questionário constituído por uma componente sociodemográfica e outra de saúde, uma escala de Avaliação da RDP e uma escala de Avaliação da MAT (DELGADO; LIMA 2001).

**Resultados:** As habilitações literárias influenciam o valor global da RDP ( $p=0,033$ ). Os indivíduos com rendimento mensal mais elevado possuem um maior nível de informação ( $p=0,022$ ) e melhor valor global da RDP ( $p=0,004$ ) e os que têm estilos de vida menos saudáveis consideram melhores as atitudes dos profissionais de saúde. A dificuldade em se deslocar aos serviços de saúde ( $p=0,015$ ;  $UMW=770,000$ ) e o número de consultas ( $p=0,002$ ) influenciaram a relação na dimensão informação, enquanto que, a periodicidade das consultas ( $p=0,043$ ;  $X^2=8,156$ ) e o total de comprimidos ( $r=0,217$ ,  $p=0,023$ ;  $t=2,312$ ;  $\beta=0,376$ ) mostraram-se preditores da relação na dimensão capacidades comunicacionais. A dimensão informação foi preditora da adesão ( $r=0,228$ ;  $p=0,008$ ;  $t=2,434$ ;  $\beta=0,228$ ).

**Conclusão:** A relação estabelecida entre doentes e profissionais de saúde é influenciada pelo nível económico e educacional, pelos estilos de vida, por situações associadas aos serviços de saúde e pela quantidade de terapêutica instituída. O nível de informação relativo à doença e tratamento influencia a adesão aos tratamentos farmacológicos.

**Palavras-chave:** Relação Doente/Profissional de Saúde; Adesão Terapêutica; Cardiopatia Isquêmica.



## ABSTRAT

**Title:** Relationship patient/professional healthcare and compliance therapy in ischemic heart disease

**Background:** The relationship made between healthcare professionals and patients is influenced by several factors and has been identified as a strong predictor of adherence to therapy (CABRAL; SILVA, 2010).

**Goals:** To relate sociodemographic, health, pharmacological and lifestyle variables with the RDP; estimate the prediction of the variable "RDP" on adherence in patients with ischemic heart disease

**Methods:** Cross sectional and correlational; Sample: 110 users (male 68.2%, female 31.8%). Data obtained through a questionnaire comprising a component of other sociodemographic and health, a range of assessment and a range of RDP Evaluation of MAT (DELGADO; LIMA 2001).

**Results:** The educational background affect the overall value of RDP ( $p=0.033$ ). Individuals with higher monthly income have a higher level of information ( $p=0.022$ ) and better overall value of RDP ( $p=0.004$ ) and have less healthy lifestyles better consider the attitudes of health professionals. The difficulty in moving health services ( $p=0.015$ ,  $UMW=770.000$ ) and the number of consultations ( $p=0.002$ ) influenced the relationship between the size information, whereas the frequency of visits ( $p=0.043$ ,  $X^2=8.156$ ) and the total number of tablets ( $r=0.217$ ,  $p=0.023$ ,  $t=2.312$ ,  $\beta=0.376$ ) were predictors of the relationship in the dimension communicative skills. The size information was a predictor of adherence ( $r=0.228$ ,  $p=0.008$ ,  $t=2.434$ ,  $\beta=0.228$ ).

**Conclusion:** The relationship established between patients and healthcare professionals is affected by the economic and educational level, the lifestyles, for situations attached to health services and the amount of therapy. The level of information on the illness and treatment affects the adherence to pharmacological treatments..

**Keywords:** Relationship Patient / Health Professional; Accession Therapy, Ischemic Heart Disease



## ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. INTRODUÇÃO .....	21
1ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
2. RELAÇÃO DOENTE/PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	27
3. ADESÃO TERAPÊUTICA .....	33
3.1. ADESÃO TERAPÊUTICA NO DOENTE COM CARDIOPATIA ISQUÊMICA E RELAÇÃO DOENTE/PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	35
2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO	
4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	41
4.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	41
4.2. PARTICIPANTES .....	45
4.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....	46
4.4. ESTUDO PSICOMÉTRICO DA ESCALA RELAÇÃO DOENTE/PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	47
4.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	52
4.6. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS .....	53
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	57
5.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	57
5.1.1. Caracterização dos Estilos de Vida .....	57
5.1.2. Caracterização relacionada com os Serviços de Saúde .....	59
5.1.3. Caracterização Clínica.....	61
5.1.4. Caracterização relacionada com a terapêutica farmacológica .....	62
5.1.5. Relação doente/profissional de saúde .....	64
5.1.6. Adesão aos Tratamentos Farmacológicos .....	65
5.2. ANÁLISE INFERENCIAL.....	66
6. DISCUSSÃO .....	77
6.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	77
6.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	78
7. CONCLUSÃO.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
APÊNDICE I – Caracterização sociodemográfica.....	107
APÊNDICE II – Instrumento de recolha de dados.....	111

<b>APÊNDICE III</b> – Operacionalização das variáveis sociodemográficas .....	119
<b>APÊNDICE IV</b> – Operacionalização das variáveis referentes aos estilos de vida .....	123
<b>APÊNDICE V</b> – Operacionalização das variáveis referentes aos serviços de saúde .....	131
<b>APÊNDICE VI</b> – Operacionalização das variáveis clínicas .....	135
<b>APÊNDICE VII</b> – Operacionalização das variáveis referentes à Terapêutica Farmacológica. ....	139
<b>APÊNDICE VIII</b> – Operacionalização da variável relação doente/profissional de saúde ....	143
<b>APÊNDICE IX</b> – Operacionalização da variável adesão aos tratamentos farmacológicos .	145
<b>APÊNDICE X</b> – Quadros representativos do estudo psicométrico da escala relação doente/profissional de saúde .....	147
<b>APÊNDICE XI</b> – Consentimento informado aos indivíduos investigados .....	159
<b>APÊNDICE XII</b> – Pedido de autorização aos autores para utilização da escala (MAT) .....	161
<b>APÊNDICE XIII</b> – Quadros representativos da análise descritiva .....	163
<b>APÊNDICE XIV</b> – Tabelas representativas da análise descritiva .....	167
<b>APÊNDICE XV</b> – Quadros representativos da análise inferencial .....	169
<b>ANEXO I</b> – Escala de medida de adesão aos tratamentos farmacológicos.....	179
<b>ANEXO II</b> – Pedido de autorização formal ao conselho de administração e à Comissão de Ética do CHCB-EPE e respetivo deferimento.....	181

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Desenho da investigação .....	44
<b>Figura 2</b> – Síntese das relações entre “capacidades comunicacionais” e variável independente.....	69
<b>Figura 3</b> – Síntese das relações entre “atitudes” e variável independente.....	70



## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Caracterização sociodemográfica da amostra .....	109
<b>Quadro 2</b> – Fórmula aplicada aos estilos de vida .....	129
<b>Quadro 3</b> – Fórmula aplicada à escala RDP .....	144
<b>Quadro 4</b> – Fórmula aplicada à MAT .....	145
<b>Quadro 5</b> – Consistência interna da escala relação doente/profissional de saúde .....	147
<b>Quadro 6</b> – Consistência interna da escala relação doente/profissional de saúde com exclusão do item RDP10 .....	148
<b>Quadro 7</b> – Correlações item/total da escala e respectivos valores de Alpha de Cronbach após primeira depuração .....	149
<b>Quadro 8</b> – Consistência interna da escala relação doente/profissionais de saúde com exclusão do item RDP1,RDP3,RDP10 e RDP16.....	150
<b>Quadro 9</b> – Correlações item/total da escala e respectivos valores de Alpha de Cronbach após segunda depuração .....	151
<b>Quadro 10</b> – Consistência interna do questionário relação doente/profissional de saúde com exclusão do item RDP1,RDP3,RDP4, RDP10 e RDP16.....	152
<b>Quadro 11</b> – Testes de verificação da validade da análise fatorial .....	153
<b>Quadro 12</b> – Fatores identificados na análise fatorial (6 fatores).....	153
<b>Quadro 13</b> – Composição de cada fator (6 fatores).....	154
<b>Quadro 14</b> – Fatores identificados na análise fatorial (3 fatores).....	155
<b>Quadro 15</b> – Composição de cada fator (3 fatores).....	155
<b>Quadro 16</b> – Correlações de Pearson e Alpha de Cronbach.....	156
<b>Quadro 17</b> – Correlação dos itens com a subescala informação.....	156
<b>Quadro 18</b> – Correlação dos itens com a subescala capacidades comunicacionais .....	156
<b>Quadro 19</b> – Correlação dos itens com a subescala atitudes.....	157
<b>Quadro 20</b> – Matriz de correlação de Pearson entre subescalas e a relação doente/profissionais de saúde .....	157
<b>Quadro 21</b> – Caracterização dos estilos de vida .....	163
<b>Quadro 22</b> – Classificação dos estilos de vida .....	164
<b>Quadro 23</b> – Caracterização relacionada com os serviços de saúde .....	164
<b>Quadro 24</b> – Caracterização clínica .....	165
<b>Quadro 25</b> – Caracterização relacionada com a terapêutica farmacológica .....	166
<b>Quadro 26</b> – Classificação da relação doente/profissional de saúde.....	166
<b>Quadro 27</b> – Classificação da adesão terapêutica .....	166

<b>Quadro 28</b> – Teste de normalidade relativo à RDP e à MAT .....	169
<b>Quadro 29</b> – Correlação de Pearson entre a variável dependente “informação” e variáveis independentes .....	169
<b>Quadro 30</b> – Regressão múltipla entre a variável dependente “informação” e variáveis independentes .....	170
<b>Quadro 31</b> – Correlação de Pearson entre a variável dependente “capacidades comunicacionais” e variáveis independentes .....	170
<b>Quadro 32</b> – Regressão múltipla entre a variável dependente “capacidades comunicacionais” e variáveis independentes .....	171
<b>Quadro 33</b> – Correlação de Pearson entre a variável dependente “atitudes” e variáveis independentes .....	171
<b>Quadro 34</b> – Regressão múltipla entre a variável dependente “atitudes” e variáveis independentes .....	172
<b>Quadro 35</b> – Correlação de Pearson entre a variável dependente “valor global RDP” e as variáveis independentes.....	172
<b>Quadro 36</b> – Regressão múltipla entre a variável dependente “valor global RDP” e variáveis independentes .....	173
<b>Quadro 37</b> - Associação entre o sexo e a RDP .....	173
<b>Quadro 38</b> – Associação entre o estado marital e a RDP.....	173
<b>Quadro 39</b> – Associação entre habilitações literárias e a RDP.....	174
<b>Quadro 40</b> – Associação entre a residência e a RDP.....	174
<b>Quadro 41</b> – Associação entre o rendimento mensal e a RDP.....	174
<b>Quadro 42</b> – Associação entre a dificuldade em se deslocar ao local da consulta e a RDP .....	174
<b>Quadro 43</b> – Associação entre o acompanhamento médico e a RDP .....	175
<b>Quadro 44</b> – Associação entre periodicidade das consultas e a RDP .....	175
<b>Quadro 45</b> – Associação entre número de consultas e a RDP.....	175
<b>Quadro 46</b> – Correlação de Pearson entre a variável dependente “adesão aos tratamentos farmacológicos” e a variável independente.....	175
<b>Quadro 47</b> – Regressão múltipla entre a variável dependente “adesão aos tratamentos farmacológicos ” e variável independente.....	176

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Índice de ingestão de bebidas alcoólicas .....	124
<b>Tabela 2</b> – Índice de consumo de tabaco .....	125
<b>Tabela 3</b> – Índice de exercício físico.....	126
<b>Tabela 4</b> – Número de refeições diárias .....	127
<b>Tabela 5</b> – Frequência de consumo de alimentos .....	128
<b>Tabela 6</b> – Índice de stress.....	129
<b>Tabela 7</b> – Classificação do IMC .....	137
<b>Tabela 8</b> – Total estilos de vida .....	167
<b>Tabela 9</b> – IMC.....	167
<b>Tabela 10</b> – Número de comprimidos/dia .....	167
<b>Tabela 11</b> – Relação doente/profissional de saúde .....	167
<b>Tabela 12</b> – Medida de adesão ao tratamento.....	167



## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**CHCB** – Centro Hospitalar Cova da Beira

**CITE** – Comissão para a Igualdade no Trabalho e Emprego

**Cv** – Coeficiente de Variação

**DCV's** – Doenças Cardiovasculares

**DLP** – Dicionário de Língua Portuguesa

**Dp** – Desvio padrão

**EAM** – Enfarte Agudo do Miocárdio

**EM** – Enfarte Miocárdio

**EPE** – Entidade Pública Empresarial

**FPC** – Fundação Portuguesa de Cardiologia

**HPC** – Hospital Pêro da Covilhã

**IECAS** – Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina

**IEFP** – Instituto do Emprego e Formação Profissional

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**K/e** – Curtose

**MAT** – Medida de Adesão aos Tratamentos Farmacológicos

**N** – Número

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**OPPS** – Observatório Português para os Sistemas de Saúde

**RDP** – Relação doente/profissional de Saúde

**SCA** – Síndrome Coronária Aguda

**S/e** – Simetria

**SPSS** – Statistical Package for Social Science

**SS** – Serviços de Saúde

**SST** – Supra de ST

*t* – *t de student*

**TESE** – Associação para o Desenvolvimento

**UMW** – U-Mann-Whitney

**WHO** – World Health Organization

$\bar{X}$  – Média

**X<sup>2</sup>** – Chi-Square

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares, constituem a principal causa de mortalidade e morbidade nos países desenvolvidos, são responsáveis por situações incapacitantes e por perda de qualidade de vida, refletindo-se no aumento do consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, medicamentos e dias de internamento (PORTUGAL, 2006b).

A elevada prevalência nacional dos fatores de risco das doenças cardiovasculares leva a que se tenha atenção à sua real prevenção, deteção e correção das ações que evitam a perda de saúde mas também a todos os procedimentos que promovem a sua recuperação (PORTUGAL, 2006a).

Pelo seu carácter pluridimensional e pelas consequências severas que acarretam direta e negativamente para o cidadão, sociedade e sistema, as DCV's são encaradas como um dos mais significativos problemas de saúde pública que é urgente atenuar.

Apesar de hoje, grande parte da população ter memorizado a necessidade de introduzir alterações nos seus comportamentos de risco é necessário continuar a apostar fortemente na educação para a saúde e desenvolver a educação terapêutica do doente de forma a reduzir os fatores de risco e a promover o respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas. (PORTUGAL, 2006b).

Contudo, relatos da literatura sugerem que um número considerável de doentes com doença cardiovascular, pode não estar a receber de forma integral o tratamento preconizado. Este fenómeno pode estar relacionado com as características do serviço em que o utente é atendido, bem como, com as particularidades do próprio doente (ZORNOFF et al., 2002).

A avaliação da prevalência e a natureza da falta de adesão à terapêutica são difíceis de definir de forma absoluta. Contudo, encontram-se identificados alguns dos fatores que poderão estar associados ao incumprimento das prescrições médicas (CABRAL;SILVA, 2010).

Os fatores ligados à relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde são cada vez mais reconhecidos como determinantes da adesão à terapêutica.

Concretamente, a confiança entre ambos, a comunicação estabelecida, o tempo dispensado da consulta, o atendimento acolhedor (LEITE;VASCONCELLOS, 2003) e a organização dos serviços. (SOUSA, 2009)

Um estudo efetuado com doentes seropositivos revela que aqueles que classificam a relação terapêutica como positiva tendem a manifestar um maior comportamento de adesão, ao contrário daquilo que acontece com os doentes que classificam a relação terapêutica como negativa (MARGALHO;PAIXÃO;PEREIRA, 2010). Também numa pesquisa efetuada a 3926 utentes inseridos em meio rural (WROTH;PATHMAN, 2006) a não-adesão foi correlacionada de forma significativa com a falta de confiança nas capacidades dos profissionais de saúde.

Segundo (Gray et al.,2003) “Cit por” Sousa (2009), nesta relação são duas as variáveis que influenciam a satisfação dos utentes: a confiança (confiança no profissional) e a comunicação. Os utentes pretendem que os profissionais de saúde sejam claros e eficazes na comunicação (WARD et al., 2007). Enaltecem igualmente capacidades de saberem ouvir (RASHID et al., 1989), e de comunicação social, onde abordam as suas preocupações sociofamiliares (TARRANT et al., 2003).

Tendo em conta os índices de mortalidade e morbidade provocados pela doença cardíaca isquémica, assim como, a magnitude das repercussões dos comportamentos de não adesão em situações de doenças crónicas, quer ao nível do estado de saúde e qualidade de vida do doente/família, como ao nível social e económico no contexto nacional e mundial e percebendo que esta falta de adesão está associada a fatores preditores de entre os quais surge hoje de forma vinculativa a relação doente/profissionais de saúde, surgiu o interesse pelo estudo destas temáticas.

Embora haja conhecimento que uma grande percentagem de doentes crónicos não adere à medicação, existem poucos estudos em Portugal que relacionam a adesão terapêutica aos doentes com cardiopatia isquémica. Por outro lado, a relação doente/profissionais está a surgir como um dos principais preditores da adesão, existindo inúmeros estudos que assim o confirmam, contudo, na literatura consultada não foi encontrada evidência da sua análise relativamente à adesão terapêutica do doente com patologia cardíaca.

Conscientes da importância do conhecimento, da deteção precoce e da intervenção dos profissionais de saúde ao nível dos determinantes da adesão, decidimos contribuir para a obtenção dessa evidência, abordando a temática **“Relação doente/profissionais de saúde e adesão terapêutica no doente com cardiopatia isquémica”**.

Pretende-se com a realização desta investigação descrever o contexto sociodemográfico do doente com cardiopatia isquémica, relacionar variáveis sociodemográficas e de saúde com a RDP nas suas diferentes dimensões; determinar a prevalência da adesão terapêutica no doente com Cardiopatia Isquémica e relacionar a Relação doente/profissional de Saúde com a Adesão Terapêutica no doente com doença Cardíaca Isquémica.

O trabalho apresentado encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte, denominada de enquadramento teórico, encontra-se dividida em dois capítulos, os quais refletem o “estado da arte” da temática em questão.

A segunda parte denominada de estudo empírico é constituída por quatro capítulos, sendo estes, as considerações metodológicas, onde será realizada a conceptualização do estudo, descrito o tipo de investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados, o estudo psicométrico da escala RDP e os procedimentos éticos e estatísticos. No capítulo seguinte, serão apresentados os resultados da análise descritiva e inferencial e posteriormente em capítulo sexto efetuada a discussão relativa aos resultados obtidos. Finalmente em capítulo sétimo serão apresentadas as notas conclusivas.

Esperamos que este estudo contribua, de forma efetiva, para o desenvolvimento de linhas orientadoras da intervenção dos enfermeiros, de forma a promoverem a adoção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico, no doente com doença cardíaca isquémica.



## **1ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Relação Doente/Profissional de Saúde

Adesão Terapêutica



## 2. RELAÇÃO DOENTE/PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A relação entre doente e profissionais de saúde é uma temática que hoje encontra um renovado interesse na produção científica, na formação e prática clínica com a aplicação de técnicas comunicacionais que podem proporcionar uma melhor qualidade na relação. A relação é reconhecida como um elemento relevante para o processo e resultados dos tratamentos médicos.

Este tem sido um tema bastante estudado e a sua importância tem sido considerada crucial por alguns investigadores, chegando a afirmar que a relação entre a pessoa e o profissional de saúde constitui a “espinha dorsal” de todo o tratamento. (STRAUB, 2005)

Há já cerca de 50 anos que Szasz e Hollender (1956) descreveram três modelos básicos da relação médico-doente: O modelo da *Atividade-Passividade*, em que um médico ativo faz alguma coisa por um doente passivo, à semelhança do que acontece com a relação adulto criança, o modelo do *Guia-Cooperante*, ainda com uma clara relação de atividade versus passividade, em que o doente vai obedecendo de modo discreto à sabedoria do médico, que mantém ainda um poder do tipo adulto criança; o modelo de *Participação Mútua*, com duas pessoas crescidas e adultas, a encontrarem-se para empreenderem um processo de partilha donde resultará uma maior capacidade do doente para se ajudar a si próprio (BRANDÃO, 2007)

O tipo de relação que se aparenta mais adequado e com o qual poderão ser obtidos melhores resultados quanto a cuidados de saúde parece-nos ser o que privilegie o doente como o centro das atenções, com capacidades, cultura e recursos próprios que importa ter em conta, numa perspetiva global de atuação e não apenas baseado na intervenção sobre os sintomas ou a doença (BRANDÃO, 2007)

Também Balint um dos grandes impulsionadores do estudo desta relação defendeu que os doentes eram um fenómeno biológico e psicossocial e que o contexto social tinha um papel importante. O autor referido considerou também, que a relação emocional que se desenvolve entre profissionais de saúde e doente ao longo de inúmeros encontros, possui um papel importante no diagnóstico e no tratamento permitindo conhecer a personalidade do utente, o seu meio social e físico assim como, o seu contexto familiar.

A teoria de Balint sugere que a relação doente/profissional seja um investimento mútuo no qual o tempo traz benefícios para ambas partes. (KABA;SOORIAKUMARAN;2007)

O tipo de relação estabelecido poderá influenciar de forma positiva ou negativa o doente, a sua doença e tratamento. O estabelecimento de uma relação afetiva, de confiança e de cooperação poderá acrescentar benefícios notórios nos processos de saúde, de doença e de tratamento dos indivíduos (CAPRARA;RODRIGUES, 2004)

O vínculo que é estabelecido entre os dois intervenientes da ação sofre a influência de agentes determinantes. Fatores intrínsecos ao próprio profissional de saúde, como a sua personalidade, a sua forma de estar na profissão, as suas capacidades comunicativas, a sobrecarga de trabalho entre outros, influem sobre a forma como este se comporta perante o doente. Também as características biopsicossociais do doente, as suas experiências anteriores e o próprio sistema de saúde poderão ter influência sobre a forma como o doente percebe o profissional de saúde.

Silverman, Kurtz e Draper (2005), defendem que o estabelecimento do vínculo relacional deverá ter início nos primeiros minutos do contato entre os dois participantes. Efetivamente, os profissionais de saúde parecem desvalorizar a importância dos primeiros minutos do encontro, todavia estes são extremamente relevantes e determinam em grande medida a formação de juízos que o doente elabora acerca de uma série de atributos do cuidador (HALL et al., 2002). O negligenciar de aspetos tão básicos da comunicação, como seja, os profissionais apresentarem-se e explicarem as suas funções ou tratarem o doente pelo próprio nome, contribuí para a formação de impressões negativas face ao cuidador, o que conseqüentemente, produz um sentimento de insatisfação colocando à partida um entrave para a formação da relação. (HALL et al., 2002)

Uma parte considerável da insatisfação dos utentes com a qualidade dos serviços de saúde diz diretamente respeito ao desempenho comunicacional do profissional de saúde (BERRY, 2007; CHANT et al., 2002; JANGLAND;GUNNINGBERG;CARLSSON, 2009).

O estabelecimento de diálogo unilateral onde o profissional assume o papel de único interlocutor, a utilização de jargões médicos e a relutância em fornecer informações ou responder de forma evasiva às questões diretas, conduz a elevados níveis de insatisfação por parte dos doentes. Este sentimento de insatisfação leva a que o doente se sinta mais relutante em verbalizar as suas preocupações e a suas vulnerabilidades. Conseqüentemente encontrar-se-á com mais dificuldade em concentrar-se no essencial para o seu tratamento e menos recetivo em aceitar os conselhos do profissional de saúde (PENDLETON, 2003).

A insatisfação pode ainda induzir o doente a deixar de recorrer ao profissional de saúde que o acompanhava até então ou mesmo a procurar consultas noutros serviços. Este processo conduz, invariavelmente, a atrasos no tratamento e conseqüentemente ao agravamento dos problemas de saúde (ROTER;HALL, 2006) e (CHRISTEN;ALDER;BITZER, 2008)

Para além da insatisfação com os serviços de saúde, as falhas na comunicação têm conseqüências negativas de vária ordem, como o aumento das reações emocionais excessivas (JANGLAND;GUNNINGBERG;CARLSSON, 2009), a diminuição da qualidade de vida, as dificuldades na gestão dos sintomas (THORNE;BULTZ;BAILE, 2005; ROTHER;HALL, 2006), a não adesão e a desconfiança nas recomendações dos profissionais (BERRY, 2007; CHRISTEN;ALDER;BITZER, 2008). Alguns autores (SILVERMAN;KURTZ;DRAPER, 2005; THORNE;BULTZ;BAILE, 2005) têm vindo ainda a destacar os custos económicos para os doentes e para o sistema de saúde.

Existem também diversas investigações que relacionam a insatisfação não só com as falhas comunicacionais mas também com o centralismo nos aspetos biológicos que o profissional de saúde evidência e com a deficiente informação que fornece ao doente (SILVERMAN;KURTZ;DRAPER, 2005). Muitos profissionais valorizam apenas os aspetos biológicos inerentes ao doente descurando a cultura, vivências e sentimentos do mesmo.

Os doentes são, efetivamente, os especialistas nos seus próprios sintomas, cabendo, ao profissional de saúde, ouvir a sua história e compreender a sua perspetiva acerca da doença (JOYCE-MONIZ;BARROS, 2005; CLEVER, et al., 2008). Infelizmente, a investigação nesta área tem demonstrado que os profissionais apresentam dificuldades em recolher informação relevante (DIBBELT, et al., 2009), especialmente no que concerne às preocupações e expectativas do doente (ROTER;HALL, 2006). É comum os cuidadores fazerem perguntas para recolher a história do doente, em vez de ouvirem a história dos mesmos. Roter e Larson (2002) verificaram que, mesmo em contexto de cuidados de saúde primários, 80% das questões que os médicos efetuam são fechadas e referentes a assuntos biomédicos.

Enquanto para os doentes, o sintoma representa um alerta e uma preocupação, para os profissionais de saúde, a queixa é encarada como algo lógico que deverá servir para chegar ao diagnóstico e subsequente plano de tratamento. Neste sentido, Salmon e colaboradores (2006) verificaram que os clínicos gerais tendem a desvalorizar os doentes que apresentam sintomas que não se enquadram numa interpretação exclusivamente biomédica (DOWRICK, et al., 2008). Esta tendência para descredibilizar as queixas dos

doentes traduz-se na prestação de cuidados inadequados e na prescrição de medicação inadequada (JOYCE-MONIZ;BARROS, 2005).

Shaw et al., (2009) advogam, que a maioria dos doentes, encontram-se insatisfeitos com a quantidade e qualidade da informação fornecida pelos cuidadores.

Quando fornecem informação, os profissionais de saúde fazem-no de uma forma intuitiva e/ou inflexível, ignorando o tipo de informação que o doente realmente espera ou necessita (MAGUIRE, 2002). Transmitem informação de forma rotineira sem atender ao estilo cognitivo, às crenças de saúde e ao nível cultural dos indivíduos (SILVA, 2007).

A utilização de jargões técnicos e o paradigma da concentração do profissional de saúde em si próprio, constituem outros dos problemas do fornecimento de informação. Os cuidadores parecem esquecer-se que a maioria dos doentes não domina a terminologia médica. Para além disto, alguns dos termos usados pelos profissionais têm um significado diferente para as pessoas em geral (SILVA, 2007).

Torna-se assim evidente, que os cuidadores não adaptam a informação fornecida às necessidades individuais de cada doente. Não raras vezes, os doentes queixam-se que a informação foi transmitida de forma insuficiente, imprecisa e até ambígua (SILVA, 2007).

Como já foi referenciado, existem características inerentes ao próprio doente que influem sobre a comunicação e relação gerada com o profissional de saúde.

Enquanto os doentes insatisfeitos se queixam de explicações incompletas, simplistas ou excessivamente técnicas que eles recebem, os profissionais por sua vez, referem que mesmo quando eles dão explicações claras e cuidadosas, essas parecem não ser entendidas (TAYLOR;ARMOR, 2006)

O nível educacional dos doentes, as suas ansiedades e medos, as experiências anteriores de doença e de contato com outros profissionais de saúde, o seu estado de saúde, etc..., são fatores intrínsecos que contribuem para a uma precária comunicação com o profissional de saúde e para o estabelecimento de uma relação negativa com o mesmo (TAYLOR;ARMOR, 2006)

A diferença de idades, de estudos e de vivências entre os profissionais de saúde e o doente é um fator de dificuldade de comunicação. Silva (2008) refere que as consultas feitas a doentes com idade, estudos e culturalmente mais próximos do médico são em regra mais longas, fenómeno que a Psicologia Social define como homofilia, em que considera ser a comunicação mais efetiva quando os interlocutores partilham o mesmo sistema de significados, representações sociais, crenças, valores, estereótipos e preconceitos (SILVA, 2008).

Todavia, Joyce-Moniz e Barros (2005) advogam, que o principal responsável por proporcionar um ambiente facilitador da relação interpessoal é indubitavelmente o cuidador. A compreensão do significado que o indivíduo atribui à sua situação reveste-se de extrema importância para o profissional de saúde entender as suas reações e os seus medos (ROTER;HALL, 2006). Ao cuidador, cabe a tarefa de se descentrar de si próprio e perceber a realidade do doente, para que depois possa ajustar a sua atuação a essa mesma realidade (JOYCE-MONIZ;BARROS, 2005).

A adequação dos processos comunicacionais aos diferentes doentes e aos seus diversos contextos socioculturais, é um dos principais instrumentos para aumentar a eficácia das intervenções de prevenção da doença, de educação para a saúde e de adesão à terapêutica medicamentosa (JOYCE-MONIZ;BARROS, 2005).



### 3. ADESÃO TERAPÊUTICA

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

Facilmente se constata, que as conseqüências da baixa adesão podem ser significativas no que respeita aos cuidados de saúde e mesmo para os resultados da investigação clínica. De acordo com Cluss e Epstein (1985) “Cit por” Klein;Gonçalves (2005), a baixa adesão pode resultar no agravamento da sintomatologia e progressão da doença, no aumento de consultas de urgência, no aumento de prescrições desnecessárias de fármacos mais potentes e/ou mesmo mais tóxicos e no fracasso do tratamento. Aquando da não-adesão por parte dos doentes, estes ficam privados dos benefícios que supostamente iriam advir do tratamento, o que representa uma utilização ineficaz do sistema de saúde. A baixa adesão pode ainda ocasionar erros no diagnóstico e no tratamento (KLEIN; GONÇALVES, 2005).

As expressões cumprimento (compliance) e adesão terapêutica (adherence) têm sido utilizadas simultaneamente em inúmeros estudos realizados sobre o tema *adesão*. A compliance enquanto conceito foi definida inicialmente como sendo “uma medida em que o comportamento de uma pessoa coincide com as instruções dadas pelos profissionais de saúde” (HAYNES, 1981) “Cit por” (CABRAL;SILVA, 2010). Esta definição encontra-se atualmente ultrapassada uma vez que, perante esta perspectiva de dominância da medicina, os doentes deveriam cumprir obrigatoriamente as indicações que lhes fossem dadas, sendo-lhes imputada toda a responsabilidade pelos desvios que pudessem ocorrer face à prescrição (CABRAL;SILVA, 2010).

Em alternativa foi proposta a adoção do termo adesão que reconhece que o doente não é um sujeito passivo devendo esta ser, um “ (...) sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue (...)” (BUGALHO;CARNEIRO, 2004).

Donovan e Blake (1992) “Cit por” Cabral e Silva (2008) referenciam que, os doentes pretendem cada vez mais sentir-se incluídos no processo clínico, desejando obter mais informação e exigindo uma maior interação com os profissionais de saúde.

Tendo em conta estas linhas orientadores a OMS em 2004 define adesão “(...) como o grau de coincidência do comportamento de um indivíduo - toma da medicação, seguimento da dieta ou alterações do estilo de vida - com as recomendações acordadas com os profissionais de saúde (...)” (WHO, 2003).

Também Delamater (2006) “Cit por” Ho, Bryson e Rumsfeld, (2009) define adesão à terapêutica como o envolvimento ativo e voluntário do doente, relativamente a comportamentos dos quais se obtêm resultados terapêuticos, implicando assim, uma tomada de decisão por parte do doente e que o tratamento e suas metas sejam estabelecidos por um acordo entre este e o profissional de saúde.

A adesão terapêutica é colocada na interface entre o utente, a família e os profissionais de saúde (CAMARNEIRO, 2002). Trata-se de um processo de longa duração, dinâmico e multidimensional, originado por grupos de fatores com influência variável e que interagem entre si, tais como, fatores sociais, económicos e culturais, fatores relacionados com os serviços de saúde e os profissionais de saúde, fatores relacionados com a doença, com o tratamento e com a pessoa doente (MACHADO, 2009).

A falta de adesão terapêutica ocorre então quando se verifica um desvio do comportamento do doente em relação às recomendações do profissional de saúde, podendo ser um processo ativo, intencional, em que o indivíduo faz a escolha de não cumprir o regime terapêutico. Não intencional, em que o utente é descuidado, negligente e não cumpre o tratamento, omitindo doses e horários (HO;BRYSON;RUMSFELD, 2009).

A não adesão terapêutica constitui um problema significativo para doentes com patologia cardíaca. Ho, Bryson e Rumsfeld (2009), referem-se a estudos que demonstram que cerca de 25% dos doentes que sofreram um Enfarte Agudo do Miocárdio não adquirem a totalidade das suas receitas médicas na primeira semana de tratamento e 12% pararam três medicamentos após um mês da alta. Depois do diagnóstico de doença coronária, a adesão terapêutica à aspirina foi maior no período de seguimento clínico (6 a 12 meses), no entanto a adesão a beta-bloqueantes e a agentes anti-dislipidémicos foi inferior a 50%. Em doentes com hipertensão, 50% parou de tomar os medicamentos após um ano, no entanto 75% dos doentes em monoterapia foi aderente (HO;BRYSON;RUMSFELD, 2009),

Em doentes com patologia coronária, a não adesão a fármacos como beta-bloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e estatinas, aumenta o

número de reinternamentos e o risco de mortalidade após enfarte agudo do miocárdio (HO, 2008).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009), não existe uma forma única de promover a adesão aos tratamentos. É imprescindível educar os doentes acerca das suas patologias crónicas, dos benefícios dos tratamentos e das complicações que podem surgir se eventualmente não cumprirem o regime terapêutico. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que se encontram em situação privilegiada para desenvolver junto dos utentes os planos de gestão do tratamento.

O doente e família necessitam de ser envolvidos de forma ativa no tratamento e nos resultados esperados. “A melhoria da adesão irá exigir a cooperação contínua entre os profissionais de saúde, investigadores, responsáveis pelas políticas, famílias e, mais importante que tudo, o doente” (OE, 2009).

### 3.1. ADESÃO TERAPÊUTICA NO DOENTE COM CARDIOPATIA ISQUÉMICA E RELAÇÃO DOENTE/PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O termo isquémia aguda do miocárdio é caracterizado por um desequilíbrio entre a oferta e a procura de oxigénio pelo miocárdio e inclui duas formas de apresentação da lesão isquémica deste tecido. A primeira refere-se às síndromes sem elevação do segmento ST que inclui a angina instável e o enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST. Estes fazem parte da mesma categoria porque a patofisiologia e apresentação, é considerada semelhante mas de diferente gravidade. Diferem principalmente na gravidade da isquémia e na sua capacidade de provocar lesão com libertação de quantidades detetáveis de marcadores de necrose miocárdica. A outra forma de apresentação é o enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST, devido à manifestação electrocardiográfica da oclusão da artéria coronária que dá o nome à síndrome (MACEDO; ROSA, 2010).

As situações de isquémia aguda do miocárdio têm habitualmente um mecanismo fisiopatológico comum: trombose coronária “in situ” por erosão ou rotura de placa aterosclerótica instável, com obstrução endoluminal súbita e compromisso grave da perfusão ao nível celular e um risco aumentado de morte súbita ou de enfarte. (REANIMA, 2009)

Durante as últimas décadas, especial atenção tem sido atribuída ao tratamento da síndrome coronária em fase aguda. De facto, uma estratificação de risco em tempo útil, juntamente com uma agressiva estratégia invasiva precoce e poderoso tratamento

antitrombótico melhoraram profundamente o prognóstico intra-hospitalar desses doentes. Uma ênfase tão forte na fase aguda da SCA pode ter limitado o interesse em terapias igualmente importantes no pós-alta. No entanto, vários estudos têm demonstrado que os diferentes tratamentos preventivos poderiam reduzir substancialmente a mortalidade a longo prazo e morbidade desses indivíduos. Portanto, as diretrizes atuais enfatizam o papel da agressividade secundária, ou seja, tratamentos preventivos após SCA (CASELLA et al., 2006).

Não menos importante na abordagem do doente coronário é a identificação de fatores de risco modificáveis como a hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, inatividade física e tabagismo. Este estado de alerta associado a terapias e estratégias agressivas de redução do risco, melhora a sobrevivência, reduz a recorrência de eventos e a necessidade de futuras intervenções melhorando ao mesmo tempo a qualidade de vida (MACEDO; ROSA, 2010).

A relação doente / profissional de saúde tem sido considerada por alguns autores como preditiva da adesão terapêutica. (BRANNON; FEIST, 1996) e (SARAFINO, 2002) “Cit por” (MACHADO, 2009).

A qualidade do vínculo que o doente estabelece com os profissionais de saúde e a confiança que neles deposita, assim como, nos cuidados de saúde em geral é fundamental para promover a adesão aos tratamentos. (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005) e (KLEIN; GONÇALVES, 2005).

A comunicação em saúde reveste-se de particular importância, porque pode influenciar significativamente a avaliação que as pessoas fazem da qualidade dos cuidados, a adaptação psicológica à doença e a adoção de comportamentos de adesão. De igual forma poderá vincular a confiança nos profissionais. (TEIXEIRA, 2004)

A importância do processo de comunicação na relação entre doente e profissionais de saúde tem sido estudada por vários autores (Korsch et al., 1968; Davis, 1968; Ley, 1983; Lassen, 1991; Barca et al., 2004) “Cit por” Loriente-Arín e Serrano-del-Rosal (2009), que defendem existir uma correlação entre a qualidade do processo comunicativo, a satisfação do utente e o cumprimento da medicação prescrita.

Uma comunicação eficaz entre os dois interlocutores e uma escuta ativa por parte do profissional de saúde permite um intercâmbio real de informação, havendo um melhor conhecimento da doença conseguindo uma melhor resposta às necessidades e expectativas do doente. A participação ativa do doente no encontro clínico também contribui para a compreensão da informação o que incrementa a sua satisfação e confiança no profissional

de saúde tendo um resultado positivo no cumprimento e na efetividade dos tratamentos (LORIENTE-ARÍN;SERRANO-DEL-ROSAL, 2009).

Estudos realizados em Espanha revelam que os aspetos mais valorizados pelos doentes na relação com os profissionais de saúde são, a transmissão de informação clara e compreensível que lhes facilite a compreensão da sua doença e tratamento e o esclarecimento em relação aos efeitos secundários dos medicamentos. Para além de todas estas premissas, valorizam a capacidade de escutar e esclarecer dúvidas. (LORIENTE-ARÍN e SERRANO-DEL-ROSAL, 2009).

Segundo a World Health Organization, Health Action Internationale a Food and Drug Administration, o nível de informação acerca do medicamento que o doente possui é muito reduzido. Num estudo realizado a doentes em ambulatório verificaram que 27% dos doentes apresentavam um conhecimento insuficiente no que se refere ao medicamento, 50% regular e apenas 11% bom. Quando questionados em relação aos efeitos adversos e a precauções especiais a ter durante a toma do medicamento, a maioria dos indivíduos respondeu não ter sido alertado para a possibilidade de ocorrência de efeitos adversos e para o fato de ter de tomar precauções especiais (SILVA;SCHENKEL; MENGUE, 2000).

A falta de informações a respeito da doença e do tratamento ou a não compreensão das informações recebidas podem ser determinantes para a não-adesão involuntária do doente ao tratamento. Segundo alguns autores, a falta de informações relativas ao medicamento é um dos principais responsáveis pelo incumprimento terapêutico de 30 a 50% dos doentes (SILVA;SCHENKEL;MENGUE, 2000).

Num estudo realizado relativamente à adesão terapêutica, quando confrontados os doentes com a não adesão, 51% disseram que achavam não precisar da medicação, 21,7% que não a queriam tomar e 20% nem sequer a tinha comprado. Foram apontadas razões como a dificuldade em compreender as instruções do(a) médico. (SILVA, 2008).

Os profissionais de saúde que contactam com o doente nos seus processo de doença e tratamento têm um papel fundamental em informar, esclarecer dúvidas e verificar se essa informação foi apreendida.

As informações e esclarecimentos têm de ser emitidas de forma clara, adaptada ao nível educacional e à capacidade cognitiva de cada doente, sabendo ouvir, entender e respeitar as expectativas e preocupações dos mesmos. É importante que a informação fornecida seja possível de ser recordada, consistente ao longo do tempo, credível e personalizada, contribuindo desta forma para o aumento da satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de saúde, influenciando positivamente a adesão à terapêutica instituída. (TEIXEIRA, 2004; MACHADO, 2009)



## **2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO**

Considerações Metodológicas

Apresentação e Análise dos Resultados

Discussão

Conclusão



## 4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo será enquadrada a conceptualização do estudo, serão expostos o tipo de estudo a realizar, o desenho de investigação, as hipóteses colocadas, os participantes, o instrumento de recolha de dados utilizado, o estudo psicométrico da escala RDP e os procedimentos éticos e estatísticos.

### 4.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A Revolução Industrial e Tecnológica e as suas conseqüentes transformações, sociais e económicas, resultaram numa alteração das doenças responsáveis por incapacidade e morte. As doenças cardiovasculares tornaram-se na patologia crónica predominante em todo o mundo (MACEDO e ROSA, 2010).

Em Portugal e segundo o Instituto Nacional de Estatística, a doença cardiovascular foi a segunda causa de morte em 2005, embora o seu peso relativo tenha sofrido um decréscimo gradual de 44,2% em 1990, para 32,2% no ano de 2006, a taxa de mortalidade permanece inaceitavelmente elevada. De entre as mortes cardiovasculares, 23% são devidas a doença cardíaca isquémica (SANTOS et al., 2009).

O doente que sobrevive a um SCA está em alto risco de sofrer eventos cardiovasculares futuros, quer coronários, cerebrovasculares ou arteriais periféricos. Para reduzir a elevada morbidade e mortalidade associada a estes doentes, o estabelecimento de uma estratégia que inclua adoção de estilos de vida saudáveis e tratamento farmacológico dirigido é amplamente recomendada. (MACEDO; ROSA, 2010).

A eficácia do tratamento medicamentoso está diretamente relacionada à adesão ao mesmo por parte dos doentes. Facilmente se constata que as conseqüências da baixa adesão podem ser significativas, de acordo com Cluss e Epstein (1985) "Cit por" Leite e Vasconcelos (2003), a baixa adesão pode resultar no agravamento da sintomatologia e progressão da doença, no aumento de consultas de urgência, no aumento de prescrições desnecessárias de fármacos e no fracasso do tratamento. Aquando da não-adesão por parte dos doentes, estes ficam privados dos benefícios que supostamente iriam advir do

tratamento, o que pode resultar num aumento da morbilidade, no aumento do número de consultas médicas, hospitalizações e despesas desnecessárias, o que representa uma utilização ineficaz do sistema de saúde.

A relação que se estabelece entre doente e profissionais é cada vez mais reconhecida como determinante da adesão à terapêutica. É relevante a confiança que o doente tem no tratamento em si, mas não menos significativa a qualidade do vínculo que estabelece com os profissionais e a confiança que neles deposita, bem como nos cuidados de saúde em geral.

Tem-se verificado que os utentes mais satisfeitos com os cuidados de saúde são mais passíveis de seguir as prescrições médicas, continuar profissionalmente ativos e ter um melhor estado de saúde (SOUSA, 2003). A satisfação do doente é um constructo multidimensional e resulta da avaliação (que inclui os aspetos cognitivos e emocionais) que este faz dos cuidados recebidos. Investigações realizadas em Portugal confirmam que embora esta satisfação possa incluir várias componentes dos cuidados, estas sugerem que os utentes privilegiam a empatia e a comunicação na relação interpessoal, valorizando-as mais do que as perícias técnicas (MCINTYRE, 2001).

Um estudo efetuado com doentes seropositivos revela que aqueles que classificam a relação terapêutica como positiva tendem a manifestar um maior comportamento de adesão, ao contrário daquilo que acontece com os doentes que classificam a relação terapêutica como negativa (MARGALHO;PAIXÃO;PEREIRA, 2010). Também numa pesquisa efetuada a 3926 utentes inseridos em meio rural (WROTH;PATHMAN, 2006) a não-adesão foi correlacionada de forma significativa com a falta de confiança nas capacidades dos profissionais de saúde.

O delinear de estratégias por parte dos profissionais de saúde que fomentem o desenvolvimento de uma relação vinculativa com os doentes é crucial para melhorar a adesão aos medicamentos.

Após uma reflexão atenta surgiu a problemática onde se irá centrar este trabalho de investigação, *“Em que medida a relação doente/profissional de saúde terá influência na adesão terapêutica do doente com Cardiopatia Isquémica”?*

Neste sentido, delineamos um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita.

Como objetivo geral pretendemos com esta investigação verificar se a relação doente/profissional de saúde influencia a adesão do doente ao tratamento farmacológico. Após delinear o objetivo geral surgiram os objetivos específicos:

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde do doente com Cardiopatia Isquémica;
- Relacionar a variáveis sociodemográficas e de saúde com a RDP nas suas diferentes dimensões.
- Determinar a prevalência da adesão terapêutica no doente com Cardiopatia Isquémica;
- Relacionar a relação doente/profissional de saúde com a adesão terapêutica do doente com doença cardíaca isquémica.

De forma a ir de encontro aos objetivos, delineamos duas fases no estudo. Na primeira a variável “Relação doente/profissional de Saúde” irá assumir o papel de variável dependente e será relacionada com variáveis sociodemográficas e de saúde. Na segunda fase a Adesão aos Tratamentos Farmacológicos será a nossa variável dependente e será relacionada com a Relação doente/profissional de Saúde.

Para o desenvolvimento desta da temática, foi desenvolvido um estudo do tipo não-experimental, quantitativo, transversal, descritivo e correlacional.

Insere-se no tipo de investigação não experimental, pois não procura manipular as variáveis em estudo. Segue métodos do estudo de análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. Trata-se de estudo transversal, pois caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo. Possui as características de um estudo descritivo e correlacional, pois se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis, especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (DUARTE, 2011).

O desenho de investigação que em seguida expomos enuncia as variáveis delineadas de forma a medi-las com precisão mantendo a credibilidade dos dados.

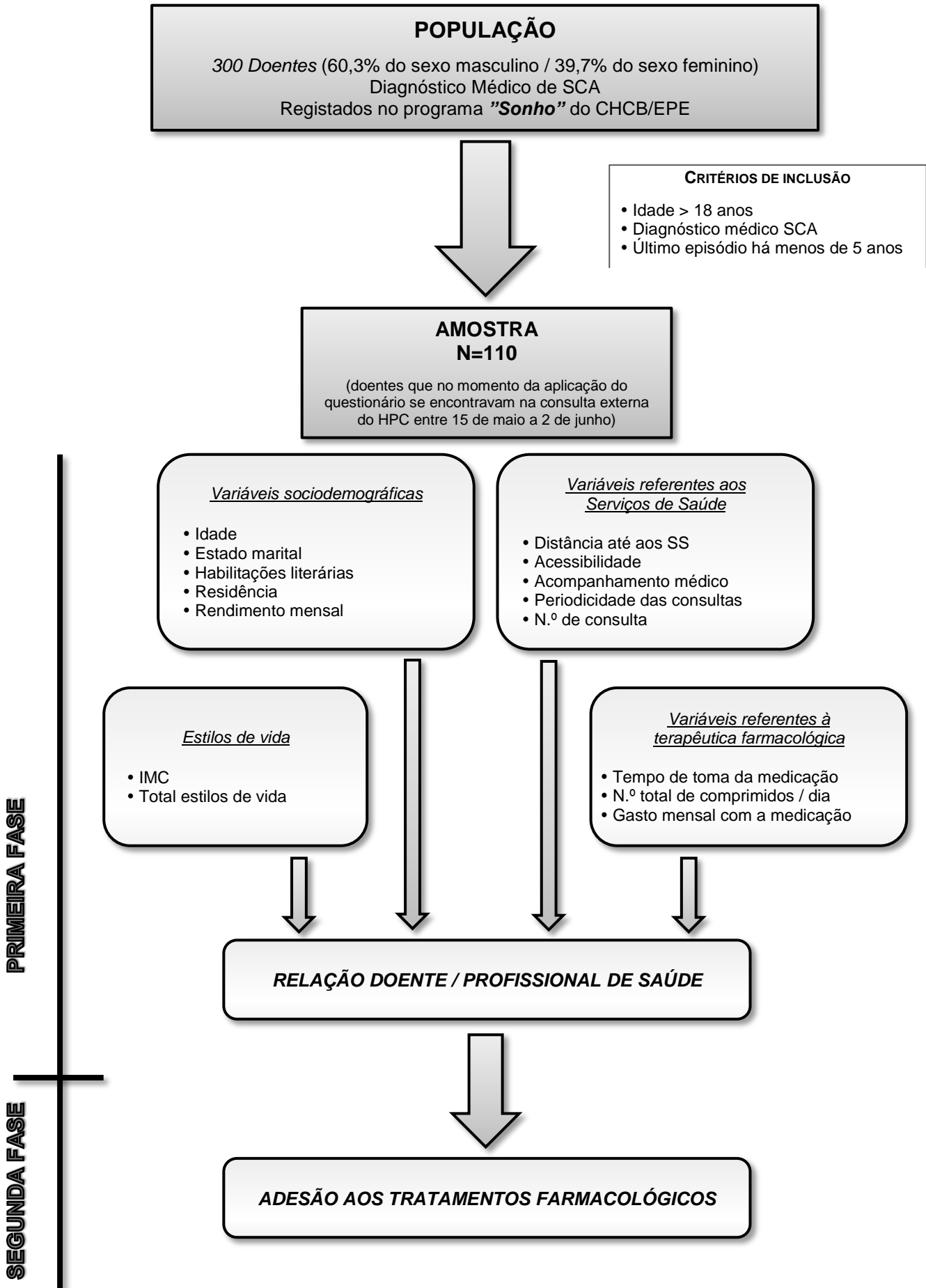


Figura 1 – Desenho da Investigação

De forma a concretizar os objetivos delineados formulámos as seguintes hipóteses de investigação:

**H1 – As variáveis Idade, Índice de Massa Corporal, Total dos Estilos de Vida, Distância do Domicílio ao Hospital, Tempo de Toma da Medicação, Número Total de Comprimidos/dia e Gasto Mensal com a Medicação influem sobre a Relação doente/profissional de Saúde.**

**H2 – As variáveis independentes sociodemográficas interagem na predição da variável dependente Relação doente/profissional de Saúde.**

**H3 – As variáveis independentes relacionadas com os serviços de saúde (dificuldade em se deslocar ao local da consulta, tipo de acompanhamento médico, periodicidade das consultas, número de consultas) influenciam a variável dependente Relação doente/profissional de Saúde.**

**H4 – A variável dependente Adesão aos Tratamentos Farmacológicos é influenciada pela variável independente Relação doente/profissional de Saúde”**

#### 4.2. PARTICIPANTES

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

A população em estudo foi constituída por 300 doentes com diagnóstico médico de Síndrome Coronária Aguda registados no programa *Sonho* do Centro Hospitalar Cova da Beira, Entidade Pública Empresarial nos últimos cinco anos, dos quais 60,3% (N=181) pertencem ao sexo masculino e 39,7% (N=119) ao sexo feminino.

A amostra foi não probabilística por acessibilidade, sendo formada pelos indivíduos portadores de Cardiopatia Isquémica em regime de ambulatório que frequentaram a consulta externa do Hospital Pêro da Covilhã, no período de 15 de maio a 2 de junho de 2011. Foram considerados participantes elegíveis os indivíduos com idade superior a 18 anos, com diagnóstico médico de SCA e com data relativa ao último episódio de SCA inferior a 5 anos. Os critérios de exclusão abrangeram utentes institucionalizados, utentes com diagnóstico médico de deficiência mental ou patologia psiquiátrica.

Participaram no estudo 115 indivíduos, dos quais foram excluídos 3 por os questionários não se encontrarem totalmente preenchidos e 2 por não assinarem o consentimento. Pelo que, a amostra foi constituída por 110 sujeitos.

A caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se em apêndice I.

#### 4.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A colheita de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário (Apêndice II) e os dados foram recolhidos no período de 15 maio 2011 a 2 de junho 2011.

O questionário foi autoaplicado mas perante os indivíduos que manifestaram dificuldades, foram esclarecidas questões que se encontravam menos perceptíveis sem nunca alterar o sentido original da pergunta. No caso de utentes com diminuição da acuidade visual ou auditiva, ou com um nível educacional baixo, as perguntas foram-lhes dirigidas e as respostas transcritas para o papel pelos investigadores.

Foi realizado um pré-teste a 12 doentes (7) com critérios de inclusão na nossa amostra, no período de 2 a 6 de maio de 2011. Foi necessário retirar questões e proceder a alterações de redação, de forma reduzir a extensão e a simplificar a compreensão do questionário.

O instrumento de recolhas de dados encontra-se estruturado da seguinte forma:

**Parte I-** caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, coabitação, habilitações literárias, residência, situação laboral, profissão e rendimento mensal) (Apêndice III);

**Parte II-** caracterização de estilos de vida (consumo de álcool, consumo de tabaco, exercício físico, frequência de refeições diárias, frequência de consumo de alimentos, stress) (Apêndice IV);

**Parte III-** caracterização dos serviços de saúde (distância do domicílio aos serviços de saúde, acompanhamento médico, periodicidade, frequência e número de consultas, frequência de um programa de reabilitação e profissional que fornece a informação) (Apêndice V);

**Parte IV-** caracterização clínica (diagnóstico médico, ano e número de episódios de SCA, doenças associadas, obesidade, perceção do tipo de alimentação e limitação física) (Apêndice VI);

**Parte V-** caracterização farmacológica (medicação habitual, tempo de toma da medicação, número total de medicamentos, custo mensal, esquema terapêutico complicado, interrupção da medicação e efeito indesejado da medicação) (Apêndice VII);

**Parte VI-** Escala de avaliação da Relação doente/Profissionais de Saúde (RDP) (Apêndice VIII);

**Parte VII-** Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos Farmacológicos (MAT) (Apêndice IX).

#### 4.4. ESTUDO PSICOMÉTRICO DA ESCALA RELAÇÃO DOENTE/PROFISSIONAL DE SAÚDE

Na fase inicial do nosso estudo procedeu-se à recolha e revisão de literatura e de trabalhos de investigação que abordassem o tema da relação doente/profissionais de saúde. Mas em virtude de nenhum deles corresponder na totalidade aos nossos objetivos, e não existindo nenhuma adaptação e validação para a realidade portuguesa, optámos pela construção de uma nova escala capaz de avaliar a relação do doente com os profissionais de saúde. A escala referida foi elaborada tendo em conta um estudo realizado por Cabral e Silva, (2010) denominado a “Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população Portuguesa perante as prescrições médicas”, visa operacionalizar a variável “Relação Doente/Profissional de Saúde” e inicialmente era constituída por 28 itens.

Optámos por realizar um pré-teste a 66 indivíduos de ambos os sexos com patologia cardíaca, do qual não resultou nenhuma alteração ao nosso questionário de base. Foram considerados válidos para a amostra, os participantes que corresponderam aos seguintes critérios de inclusão: frequentaram a consulta externa do Hospital Pêro da Covilhã, no período de 15 de maio a 2 de junho de 2011, com idade superior a 18 anos e com diagnóstico médico de Síndrome Coronária Aguda.

##### **Estudo das propriedades psicométricas da escala Relação doente/profissional de Saúde.**

A análise das propriedades psicométricas incidiu essencialmente sobre a fidelidade e a validade da escala.

Procedeu-se à realização do teste de correlação de Pearson que procura medir o grau de associação entre cada variável da escala e a escala total.

O quadro mostra-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que nos dá uma ideia da forma como o item se combina com o valor global. Verificámos que o item que apresenta maior associação com a escala global é o item RDP 6 (“Foram-me respondidas todas as questões que me preocupam”) e o de menor associação é o RDP10 (“Foram-me colocadas várias opções de tratamento de forma a poder escolher a que melhor se adapta a mim”) (cf. Quadro 5, Apêndice X).

Posteriormente foi estimado o coeficiente Alpha de Cronbach de modo a mensurar a fiabilidade do agrupamento das variáveis. Este coeficiente é uma medida de confiabilidade da consistência interna (MALHOTRA, 2002).

Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1) e segundo George e Mallery (2003), os valores de *Alpha* encontrados para estas sub-escalas que variam entre 0.8 e 0.9 são considerados bons indicadores da consistência interna do instrumento, enquanto os que variam entre 0.7 e 0.8 são considerados aceitáveis. Perante estes pressupostos podemos afirmar que a consistência interna da escala relação doente/profissional de saúde é boa (cf. Quadro 5, Apêndice X).

Segundo Cramér (1999), os itens com índice de associação baixos deverão ser eliminados de forma a aumentar a consistência interna da escala. Tendo em conta este pressuposto começámos por eliminar o item 10 (“Foram-me colocadas várias opções de tratamento de forma a poder escolher a que melhor se adapta a mim”) por apresentar um  $r < 0,20$ .

Foi novamente efetuado o teste de correlação de Pearson após retirarmos o item 10, verificámos que o item com maior correlação em relação à escala é o RDP12 ( $r=0,572$ ) e o que se revela mais problemático é o RDP16 ( $r=0,244$ ) (cf. Quadro 6, Apêndice X).

Constatámos que o valor alfa de Cronbach total diminuiu (de 0,839 para 0,829) após exclusão do item RDP10, sendo classificado de bom (cf. Quadro 6, Apêndice X).

Posteriormente foi efetuada uma correlação corrigida entre cada variável e a escala total. Os coeficientes de correlação item total corrigido traduzem que os itens RDP1, RDP3 e RDP16 não se revelam homogêneos face aos outros itens, pois apresentam valores de  $r < 0,20$  pelo que, serão eliminados obedecendo ao critério de Crámer (1999). A correlação máxima é obtida nos itens RDP12 e RDP17 com  $r=0,518$  (cf. Quadro 7, Apêndice X).

No quadro estão representados as médias e desvios padrão e as correlações obtidas entre cada item e o valor global após a exclusão de RDP1, RDP3 e RDP16. Como se pode observar, o item que apresenta maior correlação com a escala total é o RDP22 e o de menor correlação é o RDP4 (cf. Quadro 8, Apêndice X).

Verificámos que após a exclusão dos itens referidos, o valor de alfa Cronbach para cada item oscila entre 0,815 e 0,832 sendo o seu valor para a escala total de 0,829, não tendo este último, sofrido alterações após a exclusão dos itens (cf. Quadro 8, Apêndice X).

Foi novamente efetuada uma correlação corrigida entre cada variável e a escala total após a exclusão dos itens RDP1, RDP3 e RDP16. Apurámos que o item que apresenta maior grau de associação com a escala total é o RDP6 ( $r=0,518$ ) e o que apresenta menor associação é o RDP4 ( $r=0,189$ ), optando-se por retirar este item de forma a aumentar a consistência interna da escala (cf. Quadro 9, Apêndice X).

Relativamente aos alfas de Cronbach's, oscilam entre 0,815 e 0,832, existindo um valor de coerência interna boa (cf. Quadro 9, Apêndice X).

Posteriormente foram calculadas as médias, desvio padrão e correlações e alfa de Cronbach's após a exclusão do item RDP4 os quais passamos a expor no quadro 9. O item que apresenta maior correlação com a escala total é o RDP17 ( $r=0,512$ ) e o que exibe menor correlação é o item RDP21 ( $r=0,22$ ). Relativamente ao alfa de Cronbach's da escala total aumentou após a exclusão do item RDP4 (cf. Quadro 10, Apêndice X).

Tendo tomado a decisão de trabalhar com esta nova escala excluindo os itens 1,3,4,10,13, foi calculado o novo índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alpha de Cronbach revelaram-se mais baixos, do que o alpha para a globalidade da escala (0,832) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0,757 e para a segunda de 0,672 (cf. Quadro 10, Apêndice X).

Seguidamente procedeu-se a uma análise fatorial, a qual permite desvendar a estrutura das inter-relações de um conjunto de variáveis identificando dimensões comuns. Pode considerar-se que a análise realizada é uma análise exploratória, na medida em que não se conheciam à partida, nem o número de fatores, nem quais as variáveis que faziam parte de cada um deles. Foram utilizados dois testes para verificar a validade da análise fatorial, a estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e Teste de Esfericidade de Bartlett. (cf. Quadro 11, Apêndice X).

Segundo o valor encontrado no Índice KMO, pode considerar-se que os resultados da análise são razoáveis. Estes valores, poderão ser confirmados pela calibração proposta por Kaiser (1974), estando o valor encontrado – 0,722, incluído no intervalo  $0,7 < KMO < 0,8$ . Quanto ao Teste de Esfericidade de Bartlett, este é significativo ao nível de 0,05, demonstrando que existe um elevado grau de correlação entre as variáveis, o que torna a aplicação da análise fatorial adequada (HAIR et al., 1998). (cf. Quadro 11, Apêndice X)

Utilizando o método dos componentes principais para extrair os fatores, verificou-se que as variáveis se agrupam em 6 fatores, todos com eigenvalues superiores a 1 e que explicam no conjunto 65,114% da variância total. (cf. Quadro 12, Apêndice X)

Usando o critério Scree-Test, em que a variância total de cada fator é representada graficamente, quando a porcentagem da variância explicada se reduz a curva passa a ser paralela ao eixo das abcissas, são de excluir as componentes correspondentes, pelo que se optou por reter 6 fatores.

De modo a facilitar a compreensão e interpretação dos resultados, realizou-se uma rotação dos fatores através do método Varimax e obteve-se a composição de cada fator. Obtiveram-se scores superiores a 0.5 o que significa que cada conjunto de variáveis pertencentes a um mesmo fator, estão relacionadas e explicam uma mesma dimensão (cf. Quadro 13, Apêndice X).

Utilizando novamente o método dos componentes principais para extrair os fatores foi “forçada” uma solução de 3 fatores impondo essa restrição aquando da nova extração. Todos apresentam eigenvalues superiores a 1 e que explicam no conjunto 47,306% da variância total (cf. Quadro 14, Apêndice X).

Usando novamente o critério Scree-Test, optou por reter 3 fatores, e efetuou-se uma nova rotação dos fatores através do método Varimax e obteve-se a composição de cada fator. Apesar de existirem alguns loadings com valores abaixo dos 0,5, uma vez que, nenhum se encontra abaixo de 0,3, considera-se que não há necessidade de eliminar mais variáveis e que a solução é aceitável (cf. Quadro 15, Apêndice X).

Ao terminarmos a depuração da escala foi novamente analisada a sua validade sob o ponto de vista da consistência interna, através do cálculo do Alpha de Cronbach e realizados testes de correlação entre fatores e escala total (cf. Quadro 16, Apêndice X).

Os valores de alfa de Cronbach total e de cada fator oscilam entre 0,733 e 0,832 podendo considerar-se de aceitáveis. Os testes de correlação entre fatores mostram-nos que os todos os fatores estão significativamente correlacionados uns com os outros, assim como com o valor global da RDP (cf. Quadro 16, Apêndice X).

Retivemos 23 itens tendo em conta os referenciais teóricos e as respetivas ponderações estatísticas, que distribuimos do seguinte modo: 9 itens na subescala que designámos de informação, 8 itens na subescala capacidades comunicacionais e 6 itens na subescala designada de atitudes.

A cada fator foi atribuída uma designação de acordo com as variáveis agregadas em casa subescala.

Tendo em conta os 23 itens foram efetuados testes de correlação e de normalidade.

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, foram verificados os parâmetros de validade e de precisão das subescalas da relação doente/profissional de saúde.

No que concerne à informação, obtiveram-se valores de alpha classificados de bom uma vez que oscilam entre 0,823 no item 2 e 0,830 no item 27 com um valor total da subescala de 0,823. De salientar que o item 24 é o que está mais correlacionado com a informação ( $r=0,728$ ) e o que melhor representa esta subescala. O que se encontra menos relacionado é o item 23 ( $r=0,535$ ) (cf. Quadro 17, Apêndice X).

Relativamente às capacidades comunicacionais dos profissionais de saúde, é de salientar que o item 22 ( $r=0,803$ ) é o que se encontra mais relacionado com as capacidades comunicacionais, sendo o item 25 ( $r=0,529$ ) o que apresenta menor grau de associação a esta sub-escala. Todos os itens se relacionam com esta dimensão de forma positiva, ou seja quanto maior a sua ponderação melhores as capacidades comunicacionais dos profissionais de saúde (cf. Quadro 18, Apêndice X).

Os valores de alpha de Cronbach oscilam entre 0,820 no item 6 e 0,830 no item 25, sendo considerados de bons, contudo a consistência interna total desta sub-escala é considerada de razoável pois o valor de alfa total é de 0,787. (cf. Quadro 18, Apêndice X).

Analisando a subescala atitudes, em relação à validade e consistência auferiram-se valores de alfa a oscilarem entre 0,820 nos itens 12 e 17 e 0,833 no item 21. O alfa total para esta subescala é de 0,733 (cf. Quadro 19, Apêndice X).

Uma contribuição para o estudo da validade da escala é a determinação da matriz de correlação entre os diversos fatores e o valor global escala.

Observando o quadro 20, verificamos que as correlações entre as três subescalas e o valor global da escala, são positivas e significativamente correlacionadas oscilando entre ( $r=0,197$ ) (informação vs. atitudes) e ( $r=0,735$ ) (capacidades comunicacionais vs. valor global da RDP) (cf. Quadro 20, Apêndice X).

Quanto às correlações existentes entre as diferentes subescalas e o valor global notámos que estas são elevadas oscilando entre ( $r=0,714$ ) com as atitudes e ( $r=0,735$ ) com as capacidades comunicacionais. Perante estes resultados concluiu-se que o aumento ou diminuição numa das subescalas se encontra associado a aumentos ou diminuições nas restantes subescalas (cf. Quadro 20, Apêndice X).

Obtivemos um questionário com 23 questões agrupadas em três dimensões (informação, capacidades comunicacionais e atitudes).

A primeira dimensão *Informação* (I) pretende avaliar o nível de informação do doente relativamente à sua doença e tratamento e inclui 9 itens (1,4,5,14,18,19,21,22,23). A segunda dimensão *Capacidades Comunicacionais* (CC), tem como objetivo mensurar as habilidades de comunicação dos profissionais de saúde para com os doentes e é composta por 8 itens (2,3,7,9,11,13,17,20). Com a terceira e última dimensão apelidada de *Atitudes* (AT) pretende-se mensurar as atitudes dos profissionais de saúde para com os doentes (motivação para o tratamento, esclarecimento de dúvidas e receios, confiança) e inclui 6 itens (6,8,10,12,15,16).

O formato dos itens do questionário só permitia uma alternativa de resposta, onde o sujeito tinha que se posicionar numa escala de Likert de cinco pontos. Deste modo o formato do tipo de resposta variava entre: concordo totalmente; concordo; nem concordo nem discordo; discordo; discordo totalmente. A chave da cotação variava entre 5, 4, 3, 2, 1.

O valor total da escala resulta da soma dos itens, podendo variar de 23 a 115. A nota mais alta corresponde uma perceção de maior relação. A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens pertencentes a cada dimensão ou subescala.

A chave de cotação manteve-se, sendo que todos os itens são cotados da esquerda para a direita com 5, 4, 3, 2, 1, pois trata-se de uma escala tipo Likert, com exceção para os itens invertidos (9,12, 14,17,20,21). Considerou-se que quanto mais alta fosse a pontuação nas dimensões consideradas, mais elevado seria o nível de informação; melhores as capacidades comunicacionais dos profissionais de saúde e melhores as atitudes para com os doentes.

#### 4.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. De uma maneira geral, os conceitos em estudo, os métodos de colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação, podem contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas também lesar os direitos fundamentais das pessoas envolvidas.

Neste sentido, foi assegurado que os indivíduos participassem no estudo de forma voluntária após consentimento informado, garantido o anonimato e a completa confidencialidade dos resultados alcançados na pesquisa (Apêndice XI). Para além disso, assegura-se que todos os procedimentos realizados no estudo, incluindo a análise, tratamento e discussão dos resultados, não oferecem desconfortos, riscos ou danos à saúde

dos indivíduos integrantes da pesquisa, garantindo desta forma os princípios básicos da “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000).

Para a realização deste estudo foi também indispensável efetuar um pedido de autorização formal ao concelho de administração e à Comissão de Ética do CHCB-EPE que respondeu favoravelmente (Anexo II). Foi também necessário enviar um pedido de autorização, aos autores, para utilização da escala (MAT) o qual foi concedido (Apêndice XII).

#### 4.6. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

A informação obtida através da aplicação do instrumento de colheita de dados foi objeto de tratamento estatístico. Os dados foram inseridos numa base de dados informatizada e processados no programa de tratamento estatístico Statistical Package for Social Science 19,0 (SPSS) de forma a procedermos ao tratamento dos mesmos.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, foram determinadas frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis tendo sido utilizados os intervalos definidos por Pestana e Gajairo (2005): “ $CV < 15\%$  – Dispersão fraca”; “ $15\% < CV < 30\%$  – Dispersão média”; “ $CV > 30\%$  – Dispersão elevada” (PESTANA; GAJEIRO, 2005).

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Utilizamos os valores definidos por Pestana e Gajairo (2005):  $SK/EP \leq -1,96$  – assimétrica negativa ou enviesada à direita;  $-1,96 < SK/EP \leq 1,96$  – simétrica;  $SK/EP > 1,96$  – assimétrica positiva ou enviesada à esquerda. Do mesmo modo e para as medidas de achatamento Curtose (K) o resultado também se obtém através do quociente com o erro padrão (EP):  $K/EP \leq -1,96$  – platicúrtica;  $-1,96 < K/EP \leq 1,96$  – mesocúrtica;  $K/EP > 1,96$  – leptocúrtica. (PESTANA; GAJEIRO, 2005).

A variável total estilos de vida foi apurada através da soma dos índices parcelares das variáveis frequência de refeições, frequência de alimentos, consumo de álcool, consumo

de tabaco, exercício físico e stress. De acordo com a tendência de resposta quanto menor for este índice, melhor o estilo de vida.

Posteriormente foram efetuados grupos extremos tendo por base a fórmula preconizada por Pestana e Gageiro (2005) os quais permitiram obter a seguinte classificação, Equilibrados ( $\leq M - 0,25$  dp); Intermédios ( $> M - 0,25$  dp e  $< M + 0,25$  dp); Desequilibrados ( $\geq M + 0,25$  dp).

A variável “Relação doente/profissional de Saúde” foi avaliada através da aplicação de uma escala por nós construída e a variável adesão terapêutica foi avaliada através da aplicação da escala MAT validada para a população Portuguesa por Delgado e Lima (2001). Ambas foram quantificadas através da aplicação dos grupos extremos (Média  $\pm 0.25$  dp) preconizados por Pestana e Gageiro (2005) o que nos permitiu obter a seguinte classificação, “Boa” ( $\leq M - 0,25$  dp); “Razoável” ( $> M - 0,25$  dp e  $< M + 0,25$  dp); “Má” ( $\geq M + 0,25$  dp).

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

A estatística não paramétrica, como alternativa aos testes paramétricos, foi utilizada quando a condição da homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (MAROCO, 2007) ou seja, quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,6 (PESTANA; GAGEIRO, 2005). Sempre que se verificaram condições de afastamento da normalidade e homogeneidade do (N) utilizamos os testes de U-Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Para a comparação de grupos dependentes ou relacionados, utilizou-se o teste paramétrico *t de Student*. Quando são apresentados dois testes de t (um para variâncias iguais e outro para quando são diferentes), é necessário escolher o mais adequado tendo como base o teste à homogeneidade de Levene (quando a significância deste teste é superior a 0,05, assume-se que as variâncias são iguais).

Usámos a análise de variância a um fator (ANOVA) para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa). Sempre que houve necessidade de testar a igualdade de mais de duas médias, recorreu-se ao teste posthoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (PESTANA;GAGEIRO, 2005);

Quando utilizámos apenas uma variável dependente e uma independente, efetuámos uma regressão linear simples. Por outro lado quando comparámos uma variável dependente e mais que uma variável independente utilizámos a regressão múltipla. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão (PESTANA; GAJEIRO, 2005).

Em relação às correlações de Pearson que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, Pestana e Gajeiro (2005) sugerem:

$r < 0.2$  – associação muito baixa

$0.2 \leq r < 0.39$  – associação baixa

$0.4 \leq r < 0.69$  – associação moderada

$0.7 \leq r < 0.89$  – associação alta

$0.9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta

Como métodos de estimação utilizámos o Stepwise e o Enter, o primeiro origina tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente, e o segundo incorpora as variáveis no modelo numa única etapa.

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

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



## 5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação e hipóteses formuladas. Em primeiro lugar, serão apresentados os resultados obtidos com as análises descritivas, seguindo-se os obtidos com as análises inferenciais.

### 5.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo serão apresentados os resultados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados, respeitando a ordem de questões colocadas no mesmo.

Irá ser efetuada uma caracterização da amostra estudada tendo em conta os estilos de vida, as variáveis de saúde, clínicas e relacionadas com a terapêutica farmacológica.

Os quadros e tabelas representativos da análise descritiva encontram-se em apêndice XIII e IV respetivamente.

#### 5.1.1. Caracterização dos Estilos de Vida

Da amostra estudada, 42,7% referiu fazer uma **alimentação** “moderadamente saudável” e 40,9% “tão saudável como recomendado”, apenas 10,9% considerou ter uma alimentação “muito saudável”. Analisando esta variável quanto ao sexo a maioria das mulheres (45,7%) mencionou ter uma alimentação “tão saudável como recomendável” e a maioria dos homens (46,7%) uma alimentação “moderadamente saudável” (cf. Quadro 21, Apêndice XII).

Relativamente ao consumo de **álcool**, 37,3% dos inqueridos referiu consumir álcool todos os dias, destes, 86,9% consome 20 a 24 g de álcool/dia e 13,04% consome até 100g/dia. Analisando esta variável com o sexo, constatámos que 48% dos homens e 14,3% das mulheres consomem álcool todos os dias, destes, 13,04% dos homens consome até

100 g/dia e 66,7% consome 20 a 24g/dia. Quanto aos indivíduos do sexo feminino, das que consomem álcool, ingerem 20 a 24 g/dia (33,3%) (cf. Quadro 21, Apêndice XIII).

Quanto ao **tabagismo**, a maioria dos sujeitos (60%) da nossa amostra, nunca fumou, 30% deixaram de fumar e apenas 7,3% fuma todos os dias. Dos que fumam todos os dias, 50% fuma mais de 10 cigarros por dia e na sua maioria são homens (75%) (cf. Quadro 21, Apêndice XIII).

Na variável **exercício físico**, constatámos que, 48,2% dos inquiridos pratica algum tipo de atividade. Esta prática é feita, sobretudo 2-3 vezes por semana, tanto por homens (40,0%) como por mulheres (53,84%). Quanto à duração do exercício físico a maioria dos indivíduos (37,73%) pratica exercício durante “35-45 minutos” (cf. Quadro 21, Apêndice XIII).

Relativamente ao **stress** 52,7% da nossa amostra disse “sofrer de stress diariamente” e destes, 56% pertencem ao sexo masculino (cf. Quadro 21, Apêndice XIII).

O valor global de estilos de vida foi calculado através da soma da frequência de refeições, frequência de alimentos saudáveis, ingestão de bebidas alcoólicas, frequência de ingestão de bebidas alcoólicas, quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas, fumar, fumar todos os dias, exercício físico, frequência de exercício físico, duração do exercício físico e stress.

Podemos aferir que, relativamente aos **estilos de vida**, o valor mínimo é de 58 e o máximo é de 97, o que corresponde a uma média de 79,73 ( $dp=8,75$ ). O CV é de 10,98 o que aponta para a existência de uma dispersão homogénea e estável ( $CV <15\%$ ). Os valores de simetria ( $S/e=-1,15$ ) e curtose ( $K/e=-0,74$ ) indicam uma curva simétrica e mesocúrtica (cf. Tabela 8, Apêndice XIV).

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

Constatámos ainda que, 42,7% dos inquiridos possui estilos de vida “equilibrados”, 40% “desequilibrados” e 17,3% “intermédios”. Analisando esta variável quanto ao sexo, verificámos que a maioria das mulheres (65,7%) possui estilos de vida “equilibrados” e a maioria dos homens (49,3%), possui estilos de vida “desequilibrados”. (cf. Quadro 22, Apêndice XIII)

#### **Em Suma:**

- O valor global de estilos de vida varia entre 58 a 97, o que corresponde a uma média de 79,73 com desvio padrão de 8,75.

- Relativamente à classificação dos estilos de vida, 42,7% dos inquiridos possui estilos de vida “equilibrados”, 40% “desequilibrados” e 17,3% “intermédios”.

### 5.1.2. Caracterização relacionada com os Serviços de Saúde

No que concerne à **distância do domicílio aos serviços de saúde**, a distância mínima é de 0,5km e a máxima de 60km correspondendo-lhe uma média de 6,42km ( $dp=7,62$ ) e um CV de 118,70. Esta última medida estatística aponta para a existência de dispersão elevada ( $CV > 30\%$ ). Os valores de simetria ( $S/e=17,43$ ) indicam uma curva positiva enviesada à esquerda e os de curtose ( $K/e=50,27$ ) uma curva leptocúrtica (cf. Quadro 23, Apêndice XIII).

Quanto à **acessibilidade aos serviços de saúde** a maioria dos indivíduos desta amostra evidenciou “não ter dificuldade em se deslocar ao local da consulta” (75,5%). Dos que admitiram “ter dificuldade em se deslocar” (24,5%) a maioria pertence ao sexo feminino (40%), e os motivos predominantes são a “necessidade de acompanhamento” (17,1%) e o “custo financeiro” (11,4%). (cf. Quadro 23, Apêndice XIII).

Relativamente ao **acompanhamento médico**, 32,7% dos inquiridos referiu ser acompanhado pelo “médico de família” valor que se aproxima dos 31,8% que mencionou ser acompanhado pelo médico da medicina intensiva do hospital. Apenas 7,3% dos inquiridos referiram ser acompanhados pelo “médico particular”, dos quais, 8,6% pertencem ao sexo feminino (cf. Quadro 23, Apêndice XIII).

No que se refere à **periodicidade das consultas** verificámos que, 47,3% da nossa amostra tem consultas semestralmente, 20% trimestralmente e 16,4% mensalmente e anualmente (cf. Quadro 23, Apêndice XIII).

Analisando a variável “**número de consultas**”, a maioria dos indivíduos inquiridos mencionou que este se encontra adequado (76,1%), sendo que no sexo masculino a percentagem (78,4%) é ligeiramente superior à do género feminino (71,4%). Apenas 22% referiu ter necessidade de ter “ maior número de consultas”, o que foi manifestado maioritariamente pelo sexo feminino (28,6%) (cf. Quadro 23, Apêndice XIII).

Quanto à **assiduidade às consultas**, 97,3% referiu ir à consulta “sempre” que lhe é marcada. Apenas 9% dos inquiridos mencionou que vai “raramente” à consulta e 1,8% referiu que vai apenas “quando sente necessidade” (cf. Quadro 23, Apêndice XV).

Quanto à variável **“Frequenta um programa de Reabilitação Cardíaca”**, os inquiridos responderam maioritariamente de forma negativa (96,4%) (cf. Quadro 23, Apêndice XIII).

Analisando a variável **“Qual o profissional de saúde que lhe dá informações acerca da sua doença e tratamento”**, aferimos que a maioria dos inquiridos referiu ser o “Médico” (72,7%), seguindo-se o “Enfermeiro” (28,6%) e por fim o “Farmacêutico” (5,5%) (cf. Quadro 23, Apêndice XIII).

#### **Em Suma:**

- No que se refere à distância do domicílio aos serviços de saúde, a distância mínima é de 0,5km e a máxima de 60km correspondendo-lhe uma média de 6,42km.
- Quanto à acessibilidade aos serviços de saúde a maioria dos indivíduos referiu deslocar-se em “transporte próprio” (67,3%) e 75,5% afirmaram “não ter dificuldade em se deslocar ao local da consulta”.
- Relativamente ao acompanhamento médico, 32,7% dos inquiridos referiu ser acompanhado pelo “médico de família” aproximando-se de 31,8% que mencionou ser acompanhado pelo médico da medicina intensiva do hospital.
- No que se refere à periodicidade das consultas verificámos, que a maioria dos indivíduos (47,3%) tem consultas semestralmente.
- Analisando a variável “Número de Consultas”, 76,1% dos indivíduos referiu que este se encontra adequado e 22% mencionou ter necessidade de ter “Maior número de consultas”.
- Quanto à assiduidade às consultas, 97,3% referiu ir à consulta “Sempre” que lhe é marcada.
- Relativamente à frequência de um programa de reabilitação cardíaca, 96,4% dos inquiridos responderam negativamente.
- No que diz respeito ao relacionamento com o profissional de saúde, constatou-se que, 95,5% dos sujeitos da nossa amostra considera ter uma “boa relação com o Enfermeiro” e do mesmo modo, 96,4% considera ter uma “boa relação com o médico”.
- Analisando a variável “Qual o profissional de saúde que lhe dá informações acerca da sua doença e tratamento”, aferimos que a maioria dos inquiridos refere ser o “Médico” (72,7%).

### 5.1.3. Caracterização Clínica

No que se refere ao diagnóstico de “**Doença Cardíaca Isquêmica**” verificamos que a maioria dos indivíduos da nossa amostra teve como diagnóstico médico “Enfarte Agudo do Miocárdio” (82,7%). A 10,9% foi-lhes atribuído o diagnóstico médico de “Angina Instável” e a 6,4% o diagnóstico médico de “Angina Instável e Enfarte Agudo do Miocárdio”. Analisando quanto ao sexo constatamos que, o sexo masculino predomina relativamente ao diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio (86,7%), contrariamente ao diagnóstico médico de Angina Instável, em que predomina o sexo feminino (20%). Apuramos também que o primeiro episódio de **doença cardíaca isquêmica** na maioria dos indivíduos ocorreu há menos de cinco anos (63,6%), tendo sucedido um episódio recorrente a 36,3% dos inquiridos. Dos que apresentaram outro episódio de doença cardíaca isquêmica, 22,7% referiram ter tido apenas mais um acontecimento isquêmico e 13,6% ter tido mais dois, todos eles há menos de 5 anos (cf. Quadro 24, Apêndice XIII).

Analisando a variável “**Presença de Fatores de Risco**”, apuramos que, 89,1% da nossa amostra possui fatores de risco, dos quais 64,5% “Hiperdislipidemia”, 60,9% apresentam “Hipertensão Arterial”, 37,3% “Diabetes Mellitus”, e 2,7% já tiveram um “Acidente Vascular Cerebral” (cf. Quadro 24, Apêndice XIII).

Relativamente à presença de “**Outras Doenças**” a maioria dos inquiridos referiu não possuir outras doenças para além da doença cardíaca isquêmica (60%). A maioria dos indivíduos da nossa amostra mencionou não ter “**Familiar com Doença Cardíaca Isquêmica**” (56,4%) (cf. Quadro 24, Apêndice XIII).

Quanto à variável “**Limitação Física relacionada com a Doença Cardíaca Isquêmica**”, 56,4% da nossa amostra referiu ter “Limitação física para atividades quotidianas” dos quais 65,7% pertencem ao sexo feminino e 52% ao sexo masculino. Apenas 5,5% referenciou “Acentuada limitação física para atividades simples” (cf. Quadro 24, Apêndice XIII).

Analisando a variável **IMC** por classes observamos que 52,7% dos indivíduos da nossa amostra apresentam um valor de IMC correspondente a “pré-obesidade”, 18,2% apresentam obesidade moderada, 4,5% obesidade clínica sendo apenas 23,6% considerados “saudáveis” (cf. Tabela 9, Apêndice XIV).

**Em Suma:**

- A maioria dos indivíduos da nossa amostra teve como diagnóstico médico Enfarte Agudo do Miocárdio (82,7%)
- O primeiro episódio de doença cardíaca isquêmica na maioria dos indivíduos ocorreu há menos de cinco anos (63,6%), tendo sucedido um episódio recorrente a 36,3% dos inquiridos.
- Dos inquiridos que apresentaram outro episódio de doença cardíaca isquêmica (22,7%), referiram ter tido apenas mais um acontecimento isquêmico e 13,6% ter tido mais dois, todos eles há menos de 5 anos.
- Relativamente à presença de fatores de risco, verificámos que estes estão presentes em 89,1% da nossa amostra e 56,4% dos inquiridos referiu não ter familiar com doença cardíaca isquêmica.
- Quanto à limitação física relacionada com a doença cardíaca, 56,4% dos indivíduos mencionou ter “Limitação física para atividades quotidianas”
- A maioria dos sujeitos apresentou um valor de IMC que corresponde a “pré-obesidade” (57,7%).

**5.1.4. Caracterização relacionada com a terapêutica farmacológica**

No que diz respeito à **toma de medicação para a doença cardíaca**, a totalidade da nossa amostra admitiu tomar medicamentos para a sua patologia, dos quais 79,1% se encontra medicado com “Estatinas”, 88,2% com “Anti-Agregantes Plaquetários”, 46,4% com “Betabloqueantes”, 70% com “IECAS”. Quando questionados quanto à toma de “**Outra Medicação**” 70,9% dos indivíduos responderam afirmativamente (cf. Quadro 25, Apêndice XIII).

Relativamente à variável “**Há quanto tempo toma a medicação para a Doença Cardíaca Isquêmica**”, 37,3% mencionou tomar este tipo de medicação há mais de 5 anos. Apenas 4,5% dos indivíduos referiram ter este esquema terapêutico há menos de meio ano (cf. Quadro 25, Apêndice XIII).

A maioria dos indivíduos da nossa amostra “Não” considera o “**Número de comprimidos excessivos**” (53,6%), assim como, “Não” considera o “**Esquema terapêutico complicado**” (70,9%). Dos que responderam afirmativamente relativamente ao “Número Excessivo de Comprimidos” predomina o sexo feminino (48,6%), assim, como nos

que reponderam afirmativamente em relação ao “Esquema terapêutico complicado” (48,6%) (cf. Quadro 25, Apêndice XIII).

Quanto à “**Interrupção da medicação por iniciativa própria**”, a maioria dos inquiridos revelou nunca ter interrompido a medicação por sua iniciativa (80,9%). Dos que já o fizeram (19,1%), 20% pertencem ao sexo feminino e 18,7% ao sexo masculino. Quanto ao agente causador da interrupção, 23,8% dos indivíduos referenciou o “Número elevado de comprimidos”. Outros dos motivos relevantes no sexo feminino são os “Efeitos secundários” (28,6%) e as “Dificuldades Económicas” (28,6%) (cf. Quadro 25, Apêndice XIII).

Relativamente ao **efeito indesejado da medicação**, 31,8% dos homens revelou ter “impotência” e 30,8% das mulheres “fraqueza e fadiga” (cf. Quadro 25, Apêndice XIII).

Analisando a variável **gasto mensal da medicação**, apenas 7,3% dos inquiridos mencionou “não ter gastos com a medicação”. Dos restantes, a maioria (37,3%) referiu que gasta mais de 81 euros, mensalmente (cf. Quadro 25, Apêndice XIII).

Relativamente ao **número de comprimidos**, observámos que o valor mínimo registado é de 2 comprimidos/dia e o máximo é 16 comprimidos/dia, o que equivale a uma média de 7,27 comprimidos/dia ( $dp=2,7$ ). O CV é de 37,15%, o que sugere uma dispersão elevada. Pela análise dos valores de simetria e curtose, constatámos que a curva é enviesada à esquerda ( $S/e=3,84$ ) e mesocúrtica ( $K/e=1,44$ ) (cf. Tabela 10, Apêndice XIII).

Os indivíduos do sexo masculino tomam em média 6,84 comprimidos/dia, inferior à média ingerida pelo sexo feminino ( $\bar{X} = 8,2$ ) existindo diferenças significativas entre eles ( $t=-2,51$ ;  $p=0,01$ ) (cf. Tabela 10, Apêndice XIV).

#### **Em Suma:**

- A totalidade da nossa amostra admitiu tomar medicamentos para a sua patologia, dos quais 79,1% se encontra medicado com “Estatinas”, 88,2% com “Anti-Agregantes Plaquetários”, 46,4% com “Betabloqueantes”, 70% com “IECAS”.
- 37,3% dos inquiridos referiu tomar este tipo de medicação há mais de 5 anos. Apenas 4,5% mencionam ter este esquema terapêutico há menos de meio ano.
- A maioria dos indivíduos da nossa amostra “Não” considera o “Número de comprimidos excessivos” (53,6%), assim como, “Não” considera o “Esquema terapêutico complicado” (70,9%).
- A maioria dos inquiridos referiu nunca ter interrompido a medicação por sua iniciativa (80,9%).

- Quanto ao efeito indesejado da medicação, 31,8% dos homens revelou ter “impotência” e 30,8% das mulheres “fraqueza e fadiga”.
- Apenas 7,3% dos inquiridos mencionou “não ter gastos com a medicação e 37,3% refere que gasta mais de 81 euros, mensalmente.
- Relativamente ao número de comprimidos, observámos que o valor mínimo registado é de 2 comprimidos/dia e o máximo foi de 16 comprimidos/dia, o que equivale a uma média de 7,27 comprimidos/dia. Os indivíduos do sexo masculino tomam em média 6,84 comprimidos/dia, inferior à média ingerida pelo sexo feminino ( $\bar{X} = 8,2$ )

### 5.1.5. Relação doente/profissional de saúde

A variável **Relação doente/profissional de saúde**, encontra-se dividida em 3 subescalas, em que o valor total é a soma do valor de cada dimensão.

- Na dimensão “informação”, o valor mínimo é de 21 e o máximo 45, o que corresponde a uma média de 35,68 (dp=5,86). Verificou-se que o sexo masculino possui um nível de informação superior relativamente ao sexo oposto (cf. Tabela 11, Apêndice XIV)
- Na dimensão “capacidades comunicacionais”, o valor mínimo é 16 e o máximo 40. A média corresponde a 33,28 (dp=4,68). Analisando quanto ao sexo, verificámos que o valor médio apresentado pelo sexo feminino relativamente a esta dimensão é superior (cf. Tabela 11, Apêndice XIV)
- Na dimensão “atitudes”, o valor mínimo é 7 e o máximo 30, com média de 21,05 (dp=4,94). Os valores médios de ambos os sexos encontram-se muito proximais (cf. Tabela 11, Apêndice XIV).

Relativamente ao valor global da Relação Doente/Profissional de Saúde, o valor mínimo é 64 e o máximo 115, com uma média de 90,01 (dp=11,19). O CV de 12,43 sugere uma dispersão fraca em torno da média. Os valores de simetria (S/e=1,55) e curtose (K/e=-7,52) insinuam uma curva enviesada à esquerda e leptocúrtica. Em relação ao sexo verificou-se que são os homens que pontuam superiormente ao nível do valor global da relação (cf. Tabela 11, Apêndice XIV).

No que diz respeito à classificação da **Relação Doente/Profissional de Saúde**, 43,6% dos inquiridos considerou ter uma “Má Relação” com os profissionais de saúde, onde

predomina o sexo masculino. Contudo, 42,7% dos indivíduos referiu ter uma “Boa relação” (cf. Quadro 26, Apêndice XIII).

#### **Em suma:**

- Verificou-se que ao nível da dimensão informação e valor global da RDP os homens apresentaram valores médios superiores ao das mulheres, na dimensão capacidades comunicacionais são as mulheres que pontuam superiormente. Quanto às atitudes relativas aos profissionais de saúde, homens e mulheres apresentaram valores médios muito próximos.

Relativamente à classificação da relação a maioria dos inquiridos referiu ter uma “má relação com os profissionais de saúde” havendo uma ligeira diferença percentual entre estes e os indivíduos que consideraram ter uma “boa relação”.

#### **5.1.6. Adesão aos Tratamentos Farmacológicos**

Examinando a variável **Adesão aos Tratamentos Farmacológicos**, constatámos que o valor mínimo é de 3,57 e o máximo de 6, o que correspondeu a uma média de 5,4 (dp=0,56) e a um CV de 10,38. Esta medida estatística aponta para a existência de uma dispersão homogénea e estável (CV <15%). Os valores de simetria (S/e =-5,03) indicam uma curva assimétrica enviesada à direita e os valores da curtose (K/e =2,17) uma curva leptocúrtica (cf. Tabela 12, Apêndice XIV)

Quanto ao sexo verificámos que, os indivíduos do sexo masculino apresentaram valores médios para a MAT superiores ( $\bar{X}$  =5,48; dp=0,52) aos do sexo feminino ( $\bar{X}$  =5,23; dp=0,607), existindo diferença estatística bastante significativa (t=2,15 e p=0,03) (cf. Tabela 12, Apêndice XIII).

Observando a **Classificação da Adesão Terapêutica**, apurámos que 53,6% dos inquiridos têm uma “Elevada Adesão” à terapêutica, 27,3% revelaram “Baixa Adesão” e 19,1% “Razoável Adesão”. Analisando esta variável quanto ao sexo, os homens obtiveram maior percentagem de “Boa adesão” (60%) relativamente ao sexo feminino (40%). Dos indivíduos do sexo feminino, 42,9% revelaram “Má adesão” (cf. Quadro 27, Apêndice XIII).

**Em suma:**

- Os indivíduos do sexo masculino apresentaram valores médios para a MAT superiores aos do sexo feminino, existindo diferença estatística significativa.
- Verificamos que 53,6% dos inquiridos revelaram ter uma “Boa Adesão” à terapêutica.
- O sexo masculino pontuou superiormente relativamente à “Boa Adesão” (60%)

**5.2. ANÁLISE INFERENCIAL**

Posteriormente à análise descritiva será apresentada a análise inferencial, a qual foi obtida através da aplicação da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das hipóteses por nós colocadas. Estas foram testadas através de testes paramétricos, a regressão linear simples e regressão linear múltipla e através de testes não paramétricos, o teste U-Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Foi necessário validar o pressuposto da distribuição normal, efetuando-se o teste Kolmogorov-Smirnov, tanto para a RDP como para a MAT.

Os quadros representativos da análise inferencial encontram-se em apêndice XIV.

Analisando o quadro 30, sendo o nível de significância inferior a 0,05, exceto nas “atitudes e valor global da RDP”, verificou-se a existência de uma distribuição normal nas dimensões referidas, o que já não se verificou na dimensão “informação e capacidades comunicacionais”. Relativamente à MAT verificámos que não segue uma distribuição normal (cf. Quadro 28, Apêndice XV)

De forma a concretizar o proposto no desenho de investigação, o estudo inferencial foi dividido em duas partes, na primeira considerámos como variável dependente a relação doente/profissional de saúde e com o propósito de saber quais os fatores que a influenciam nas suas diferentes dimensões (informação, capacidades comunicacionais, atitudes) no doente com doença cardíaca isquémica, procurámos associar esta variável com as variáveis sociodemográficas, variáveis referentes aos estilos de vida, serviços de saúde e terapêutica farmacológica.

Na segunda parte do estudo, considerámos como variável dependente a Adesão aos Tratamentos, relacionando-a com a RDP a fim de verificar qual a influência desta última sobre a MAT no doente com cardiopatia isquémica.

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

## 1ª FASE DO ESTUDO

***H1 – As variáveis Idade, Índice de Massa Corporal, Total dos Estilos de Vida, Distância do Domicílio ao Hospital, Tempo de Toma da Medicação, Número Total de Comprimidos/dia e Gasto Mensal com a Medicação influem sobre a relação doente/profissional de saúde***

Foi analisada a variável dependente “relação doente/profissional de saúde” de forma global e as 3 subescalas resultantes da mesma.

Para estudo da variável dependente com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla, utilizando o método stepwise (passo a passo) para as variáveis dependentes “informação” e “valor global RDP”. Relativamente às variáveis “capacidades comunicacionais e atitudes” foi utilizado para a sua análise o método enter.

H1a – As variáveis idade, índice de massa corporal, total dos estilos de vida, distância do domicílio ao hospital, tempo de toma da medicação, número total de comprimidos/dia e gasto mensal com a medicação influem sobre o nível de informação dos doentes relativamente à doença e tratamento.

Verificámos que a variável que apresenta maior correlação com a informação é o número total de comprimidos ( $r=0,177$ ) e a menor correlação o tempo de toma da medicação ( $r=0,024$ ). As variáveis independentes, total dos estilos de vida e tempo de toma da medicação (anos), estabelecem uma relação positiva com a variável dependente, por outro lado, as variáveis idade, distância do domicílio ao hospital, número total de comprimidos/dia e gasto mensal com a medicação estabelecem uma relação inversa (cf. Quadro 29, Apêndice XV).

Destas correlações entre a variável dependente e variáveis independentes, apenas a idade e o número total de comprimidos são significativas (cf. Quadro 29, Apêndice XV).

Nenhuma variável estabelece correlação em valor absoluto com o nível de informação dos doentes acerca da sua doença e tratamento, contudo pelos coeficientes padronizados beta, realça-se o maior valor na distância do domicílio aos serviços de saúde (cf. Quadro 30, Apêndice XV)

H1b – As variáveis idade, índice de massa corporal, total dos estilos de vida, distância do domicílio ao hospital, tempo de toma da medicação, número total de comprimidos/dia e gasto mensal com a medicação influem sobre as capacidades comunicacionais dos profissionais de saúde.

Para o estudo da variável dependente "capacidades comunicacionais" com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla.

Neste modelo de regressão as correlações existentes entre esta subescala capacidades comunicacionais e a variável dependente são muito baixas oscilando entre  $r = 0,014$  no tempo de toma da medicação e  $r=0,217$  no número total de comprimidos/dia. Verificámos ainda que as variáveis índice de massa corporal, total dos estilos de vida, número total de comprimidos/dia e gasto mensal com a medicação estabelecem uma relação positiva com a variável dependente enquanto, a idade, distância do domicílio ao hospital e o tempo de toma da medicação estabelecem uma relação inversa. Apenas a variável número total de comprimidos/dia apresenta significância estatística (cf. Quadro 31, Apêndice XV).

A única variável que entrou neste modelo de regressão foi o número total de comprimidos/dia sendo também como se pode verificar pelas correlações insertas na tabela anterior, aquela que apresenta um maior coeficiente de correlação de Pearson com a variável dependente.

Esta variável explica 4,7% da variação das capacidades comunicacionais e o erro padrão de regressão é de 4,59218, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados das capacidades comunicacionais.

O teste F é estatisticamente significativo para um nível de confiança de 95%, o que leva à rejeição da nulidade entre as variáveis. O valor de t, dado apresentar significância estatística, permite afirmar que a variável independente que entrou no modelo de regressão tem poder explicativo nas capacidades comunicacionais, pois o coeficiente é diferente de zero (cf. Quadro 32, Apêndice XV). Assumindo a variável independente "número total de comprimidos/dia uma relação positiva com a variável dependente, podemos aferir que quanto maior é o número de comprimidos que o doente ingere diariamente melhores as capacidades comunicacionais dos profissionais de saúde.

O modelo final ajustado para a "capacidades comunicacionais" é dado então pela seguinte fórmula: **Capacidades Comunicacionais = 30,544 + (0,217número total de comprimidos/dia)**



**Figura 2** – Síntese das relações entre “capacidades comunicacionais” e variável independente

H1c – As variáveis idade, índice de massa corporal, total dos estilos de vida, distância do domicílio ao hospital, tempo de toma da medicação, número total de comprimidos/dia e gasto mensal com a medicação influem sobre as atitudes dos profissionais de saúde.

Para testar a hipótese apresentada procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. O método de estimação usado foi o de stepwise (passo a passo).

Constatámos que a variável independente que apresenta maior correlação com a variável dependente é o total dos estilos de vida ( $r=0,229$ ) e menor correlação o índice de massa corporal ( $r=0,001$ ), considerando-se muito baixo o nível de associação entre as variáveis (cf. Quadro 33, Apêndice XV).

As variáveis independentes total dos estilos de vida, número total de comprimidos e gasto mensal com a medicação estabelecem com a variável dependente uma relação positiva enquanto, as variáveis independentes idade, índice de massa corporal, distância do domicílio ao hospital e tempo de toma da medicação estabelecem uma relação negativa (cf. Quadro 33, Apêndice XV)

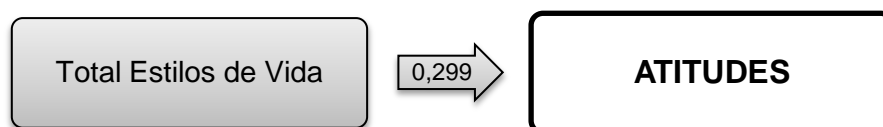
A única variável que entrou neste modelo de regressão foi o total dos estilos de vida sendo também como se pode verificar pelas correlações inseridas, aquela que apresenta um maior coeficiente de correlação de Pearson com a variável dependente (cf. Quadro 33, Apêndice XV).

Esta variável explica 5,2% da variação da dimensão “atitudes” e o erro padrão de regressão é de 4,82615 correspondente à diferença entre os índices observados e estimados das atitudes (cf. Quadro 34, Apêndice XV).

O teste F é estatisticamente significativo para um nível de confiança de 95%, o que leva à rejeição da nulidade entre as variáveis. O valor de t, dado apresentar significância estatística, permite afirmar que a variável independente que entrou no modelo de regressão tem poder explicativo nas “atitudes”, pois o coeficiente é diferente de zero (cf. Quadro 34, Apêndice XV).

O modelo final ajustado para as atitudes é dado então pela seguinte fórmula:

$$\text{ATITUDES} = 10,749 + (0,229 \text{ total estilos de vida})$$



**Figura 3** – Síntese das relações entre “atitudes” e variável independente

H1d – As variáveis idade, índice de massa corporal, total dos estilos de vida, distância do domicílio ao hospital, tempo de toma da medicação, número total de comprimidos/dia e gasto mensal com a medicação influem sobre o valor global da RDP.

Relativamente ao valor global da RDP, verificámos que a variável que apresenta maior correlação com a variável dependente é a variável independente total dos estilos de vida ( $r=0,170$ ) e a menor correlação o gasto mensal com a medicação ( $r=0,023$ ), sendo o nível de associação entre as variáveis considerado baixo (cf. Quadro 35, Apêndice XV).

As variáveis independentes, total dos estilos de vida, número total de comprimidos/dia e gasto mensal com a medicação estabelecem uma relação positiva com a variável dependente, por outro lado, as variáveis idade, índice de massa corporal, distância do domicílio ao hospital e tempo de toma da medicação estabelecem uma relação inversa (cf. Quadro 35, Apêndice XV).

Destas correlações entre a variável dependente e variáveis independentes, apenas o total de estilos de vida é estatisticamente significativa (cf. Quadro 35, Apêndice XV).

Nenhuma variável estabelece correlação em valor absoluto com o valor global da RDP, contudo pelos coeficientes padronizados beta, realça-se o maior valor do total dos estilos de vida (cf. Quadro 36, Apêndice XV)

**H2 – As variáveis independentes sociodemográficas interagem na predição da variável dependente “relação doente/profissional de saúde”.**

H2a – A variável independente “sexo” interage na predição da variável dependente “relação doente/profissional de saúde”.

Para analisar a hipótese em estudo recorreu-se ao teste U-Mann-Whitney com o objetivo de comparar as médias relativas à RDP no sexo masculino e feminino.

Analisando as médias constatamos, que o sexo masculino possui um melhor nível de informação e melhor valor global da RDP do que o sexo feminino. No que concerne às capacidades comunicacionais e às atitudes as médias do sexo feminino são superiores. Contudo, não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ), concluindo que o sexo não influencia a relação doente/profissionais de saúde em nenhuma das suas dimensões (cf. Quadro 37, Apêndice XV).

H2b – A variável independente “estado marital” interage na predição da variável dependente “relação doente/profissional de saúde”.

Para testar o efeito da variável “estado marital” na relação doente/profissional de saúde utilizamos o teste U-Mann-Whitney.

Analisando o quadro, verificamos que os indivíduos com companheiro apresentam médias superiores em todas as dimensões valor global da RDP relativamente aos indivíduos do sexo oposto. No entanto, observando o nível de significância constatamos que esta diferença não é estatisticamente significativa em nenhuma das dimensões, pelo que se pode inferir que o estado marital não é preditor da relação doente/profissional (cf. Quadro 38, Apêndice XV).

H2c – A variável independente “habilitações literárias” interage na predição da variável dependente “relação doente/profissional de saúde”

Para verificarmos o efeito que a variável habilitações literárias tem sobre a relação doente/profissional de saúde aplicamos o teste Kruskal-Wallis.

Os indivíduos que possuem o grau de ensino superior são os que consideram ter um nível elevado de informação acerca da doença e tratamento e os que apresentam um melhor valor global da RDP. No que concerne à dimensão “capacidades comunicacionais” e “atitudes” são os que possuem o ensino secundário que apresentam valores médios superiores. Contudo, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas No valor global da RDP ( $p=0,033$ ), pelo que podemos deduzir que as habilitações literárias influenciam a relação doente profissional de saúde. (cf. Quadro 39, Apêndice XV).

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

Pelo cálculo do coeficiente de determinação, verificámos que a variável “habilitações literárias” é responsável por 9,6% da variação do valor global da RDP. Todavia, não se localizam diferenças estatisticamente significativas entre grupos.

H2d – A variável independente “residência” interage na predição da variável dependente “relação doente/profissional de saúde”

Com o intuito de analisarmos a influência da variável residência na relação doente/profissional de saúde usamos o teste Kruskal-Wallis.

Os indivíduos que residem na cidade revelam ter um nível de informação superior aos que residem na vila e aldeia, assim como, consideram melhores as capacidades comunicacionais dos profissionais de saúde e pontuam superiormente no valor global da RDP. Os que residem na vila revelam um valor médio superior na dimensão “atitudes” (cf. Quadro 40, Apêndice XV).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões pelo que, podemos inferir que a residência não influencia a RDP.

H2e – A variável independente “rendimento mensal” interage na predição da variável dependente “relação doente/profissional de saúde”

Para verificarmos a hipótese colocada usamos o teste Kruskal-Wallis.

Os indivíduos com rendimento mensal entre 970 a 1455 euros apresentam valores médios superiores em todas as dimensões da relação doente/profissionais de saúde (cf. Quadro 41, Apêndice XV).

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões informação ( $p=0,024$ ), capacidades comunicacionais ( $p=0,036$ ) e valor global da RDP ( $p=0,007$ ), confirmando que o rendimento mensal interage na predição da variável dependente “relação doente/profissional de saúde” (cf. Quadro 41, Apêndice XV).

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

A variável independente “rendimento mensal” é responsável por 8,62% da variação da dimensão informação, por 7,82% da variação da dimensão capacidades comunicacionais e por 11% da variabilidade do valor global.

Analisando as médias dos grupos rendimento mensal e RDP verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão informação entre os indivíduos que têm um rendimento mensal “inferior a 485 euros” e os que possuem um rendimento mensal “entre 970 e 1455 euros” ( $p=0,020$ ). Também no valor global da RDP existem diferenças estatisticamente significativas relativamente a estes dois grupos ( $p=0,004$ ). Nas duas dimensões o grupo com rendimento mensal “entre 970 e 1455 euros” pontua superiormente.

Relativamente à dimensão capacidades comunicacionais, embora a variável independente “rendimento mensal” seja responsável por 7,6% da sua variabilidade não se localizam diferenças entre grupos.

***H3 – As variáveis independentes relacionadas com os serviços de saúde (dificuldade em se deslocar ao local da consulta, tipo de acompanhamento médico, periodicidade das consultas) influenciam a variável dependente “relação doente/profissional de saúde”.***

H3a – A variável independente dificuldade em se deslocar ao local da consulta, influencia a variável dependente “relação doente/profissional de saúde”

A hipótese colocada foi analisada através da aplicação do teste U-Mann-Whitney.

Analisando as médias constatámos, que os indivíduos que não têm dificuldade em se deslocar ao local da consulta consideram ter um maior nível de informação acerca da sua doença e tratamento e consideram melhores as capacidades comunicacionais dos profissionais de saúde, assim como, apresentam médias superiores no que diz respeito ao valor global da RDP. Os que referiram ter dificuldade em se deslocar aos serviços de saúde apresentam valores médios superiores no que diz respeito às atitudes dos profissionais de saúde (cf. Quadro 43, Apêndice XV).

Observando o nível de significância, verificámos que  $p=0,015$  apenas na dimensão informação o que nos leva a afirmar que a variável independente dificuldade em se deslocar ao local de consulta influencia o nível de informação dos doentes acerca da sua doença e tratamento (cf. Quadro 43, Apêndice XV).

H3b – A variável independente tipo de acompanhamento médico, influencia a variável dependente “relação doente/profissional de saúde”

Com o intuito de validarmos a hipótese colocada usamos o teste Kruskal-Wallis.

Verificamos que os indivíduos que são acompanhados pelo médico de medicina interna do hospital apresentam valores médios superiores nas dimensões capacidades comunicacionais, atitudes e valor global da RDP, contudo, os que são seguidos pelo médico particular revelam ter um maior nível de informação relativamente à doença e tratamento (cf. Quadro, 44, Apêndice XV).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da RDP pelo que, podemos afirmar que o tipo de acompanhamento médico não influencia a variável dependente.

H3c – A variável independente periodicidade das consultas, influencia a variável dependente “relação doente/profissional de saúde”

Para validarmos a hipótese colocada utilizamos o teste Kruskal-Wallis.

Ao analisarmos o quadro observamos que os doentes que têm consultas mensalmente apresentam valores médios superiores em todas as dimensões da RDP, verificando-se diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão capacidades comunicacionais ( $p=0,043$ ) (cf. Quadro 45, Apêndice XV).

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

A periodicidade das consultas explica 7,48% da variação da dimensão capacidades comunicacionais, sendo que os doentes que recorrem mensalmente às consultas consideram melhores as capacidades comunicacionais dos profissionais do que os doentes que têm consultas trimestralmente ( $p=0,041$ ).

H3d – A variável independente “número de consultas”, influencia a variável dependente “relação doente/profissional de saúde”

Após realização do teste Kruskal-Wallis verificamos que os doentes que referem ter um número adequado de consultas apresentam valores médios superiores nas dimensões informação e capacidades comunicacionais. Já os que consideram que deveriam ter menos

consultas pontuam superiormente na dimensão atitudes e valor global da RDP. Apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas na dimensão informação ( $p=0,002$ ), permitindo-nos inferir que a dimensão informação é influenciada pela opinião dos doentes acerca do número de consultas (cf. Quadro 46, Apêndice XV).

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

Pelo cálculo do coeficiente de determinação, verificámos que a variável “número de consultas” é responsável por 11,37% da variação da dimensão informação.

Analisando as diferenças existentes entre os grupos e a RDP, apurámos que estas existem entre os indivíduos que consideram que deveriam ter um maior número de consultas e os que consideram o número adequado na dimensão informação ( $p=0,001$ ). Os que consideram ter o número de consultas adequado apresentam um nível de informação superior.

## 2ª FASE DO ESTUDO

***H1 – A variável dependente “Adesão aos Tratamentos Farmacológicos” é influenciada pela variável independente “Relação Doente/Profissionais de Saúde”.***

Para o estudo da variável dependente “Adesão aos Tratamentos Farmacológicos” com a variável independente referida na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear simples. O método de estimação usado foi o de stepwise.

Neste modelo de regressão a variável que apresenta menor correlação com a adesão aos tratamentos farmacológicos são as capacidades comunicacionais ( $r=0,027$ ) e a de maior correlação é a informação ( $r=0,228$ ). A variável independente RDP apresenta uma relação positiva com a adesão aos tratamentos em todas as suas dimensões o que significa, que quanto melhor for a relação maior será a adesão aos tratamentos (cf. Quadro 47, Apêndice XV).

Desta correlação entre a variável dependente e variável independente são significativas as dimensões informação e valor global da relação (cf. Quadro 47, Apêndice XV).

A variável independente RDP entrou no modelo de regressão apenas com a dimensão informação, sendo aquela que nas correlações inseridas apresenta um maior coeficiente de Pearson com a variável dependente. Esta variável explica 5,2% da variação da adesão aos tratamentos farmacológicos (cf. Quadro 48, Apêndice XV).

## 6. DISCUSSÃO

É na discussão que o investigador examina os principais resultados da investigação ligando-os ao problema, às questões ou às hipóteses, confrontando os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação. O investigador indica os erros de amostragem, os constrangimentos experimentados na aplicação do desenho ou as dificuldades encontradas na manipulação das variáveis (FORTIN, 2009).

### 6.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

O estudo elaborado sendo transversal apenas avalia o fenómeno da adesão e da RDP no momento da investigação, fornecendo-nos dados imediatos e utilizáveis, contudo o seu alcance é mais limitado do que o estudo longitudinal, o qual permite a recolha de dados de forma periódica no mesmo grupo de doentes com Cardiopatia Isquémica, o que nos permitiria avaliar as mudanças relativas às nossas variáveis no tempo (FORTIN, 2009).

O nível educacional da população em causa e a média de idades obrigou a que o preenchimento dos questionários tivesse a intervenção dos investigadores. Tal facto, implica menos liberdade nas respostas em função da presença do entrevistador, risco de distorções pela influência do aplicador, menor prazo para responder às perguntas e insegurança das respostas por alegada falta do anonimato.

O questionário foi aplicado aos utentes em meio hospitalar enquanto aguardavam pela consulta médica o que concerne à partida ao instrumento de colheita de dados algumas limitações. Os resultados dependem da sinceridade e honestidade dos inquiridos e o facto de nos serem transmitidas verbalmente as respostas às questões colocadas poderá ter coagido os participantes.

Colocar questões aos utentes sobre a relação que possuem com os profissionais de saúde neste contexto também acresce algumas limitações ao estudo, pois emitir opiniões acerca dos profissionais que os vão assistir em consulta poderá ser constrangedor o que poderá adulterar os resultados.

## 6.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O número de indivíduos com Cardiopatia Isquémica estudados é de 110, pertencendo 75 ao sexo masculino (68,2%) e 35 ao sexo feminino (31,8%) com idade mínima de 48 anos e máxima de 89 sendo a média de idade dos homens inferior (63,84) à das mulheres (71,6). Os dados obtidos vão de encontro à nossa realidade nacional. Segundo o 4º Inquérito Nacional realizado pelo INE em 2005/2006, a maioria dos indivíduos com doença coronária pertencia ao sexo masculino, 1,9% da população masculina Portuguesa já sofreu um Síndrome Coronário Agudo contrastando com 0,8% da população feminina. Relativamente à idade e segundo a mesma fonte, o grupo etário mais acometido por Síndrome Coronário Agudo no sexo masculino são os grupos 65-74 anos e 75-84 anos. Enquanto no sexo feminino são os grupos etários 75-84 e superior a 85 anos (INE, 2007).

A diferença da média de idades entre os dois sexos reflete também a maior esperança de vida por parte das mulheres devido ao fenómeno da sobremortalidade masculina.

A maioria dos indivíduos da nossa amostra apresenta o estado civil de “casado” (77,3%), 16,4% são viúvos e 3,6% são divorciados.

Atendendo à média de idades da população estudada e verificando a tendência relativa dos casamentos e divórcios existente na sociedade Portuguesa, verificamos que os dados do nosso estudo se enquadram dentro da realidade do país. Segundo os Censos de 2001 efetuados pelo INE (2003b), a percentagem de casamentos foi sempre elevada até 1990, data a partir da qual sofreu um decréscimo, aumentado por sua vez a taxa de divórcios.

Relativamente à viuvez o INE (2003b) através dos Censos 2001 revelou um resultado interessante. As maiores proporções de viúvos encontravam-se no Alentejo e região Centro, apresentando a Beira Norte e Serra da Estrela 9,5% da população viúva existente em Portugal. Este estado civil afeta principalmente as mulheres devido à sobremortalidade masculina. Segundo dados da mesma fonte por cada 100 viúvos, 82 eram mulheres e 18 eram homens. Também na nossa amostra este facto se verifica, 37,1% dos viúvos são mulheres e 6,7% são homens.

Quanto às habilitações literárias, a maioria dos sujeitos possui apenas o ensino básico e 16,4% dos inquiridos “não sabe ler nem escrever”, dos quais 45,7% são mulheres e 2,7% são homens. Estes resultados contrariam os dados obtidos pelo INE (2003) nos Censos de 2001 os quais revelaram que em 2001 a maioria da população Portuguesa não sabia ler nem escrever. Quanto à taxa de analfabetismo também nos Censos de 2001 esta

se revelou superior nas mulheres. Já em relação aos indivíduos que possuíam o bacharelato/licenciatura as mulheres pontuaram superiormente, resultados também obtidos no nosso estudo, em que 11,4% das mulheres possui o ensino superior e apenas 4% dos homens possui este grau de escolaridade.

A análise inferencial mostrou que as habilitações literárias influenciam a relação que se estabelece entre doentes e profissionais de saúde, apresentando os indivíduos que possuem o ensino superior médias superiores na dimensão informação e no valor global da relação. Os que possuem o ensino secundário pontuam superiormente a nível das dimensões capacidades comunicacionais e atitudes. Contudo, não se localizaram diferenças estatísticas significativas entre grupos.

Analisando a situação laboral podemos inferir que 79,1% dos indivíduos está reformado, sendo apenas 16 os que se encontram empregados (14,5%). Os restantes indivíduos encontram-se em situação de desemprego (4,5%) e de baixa médica (1,8%). Estudando quanto ao sexo, verificamos que predominam no grupo dos “Reformados” o sexo feminino com uma percentagem de 82,9%, podendo dever-se ao índice de longevidade feminino ser superior ao masculino.

Existe uma grande percentagem de indivíduos reformados (79,1%) sendo superior à referida pelos Censos 2001 (INE 2003), os quais revelam que no ano 2001, 42,6% da população Portuguesa era inativa.

O facto da maioria dos indivíduos estudados pertencer à população inativa, poderá ser explicado pela média de idades dos mesmos. Em Portugal, em 2001, a média de idades dos homens empregados era de 39,4 anos e das mulheres 38,5 anos (INE, 2003).

A existência de doença crónica poderá potenciar limitações para o trabalho o que também poderá ter poder parcialmente explicativo dos resultados relativos à situação laboral, contudo, apenas 56,4% da nossa amostra refere ter “Limitação física para atividades quotidianas”.

Verificámos que, a maioria dos indivíduos tem um rendimento mensal “inferior a 450 euros” encontrando-se as mulheres maioritariamente neste grupo de rendimentos (65,7%). Um estudo realizado pelo Observatório das Desigualdades em 2009 concluiu, que padrões de doença, longevidade e os estilos de vida relacionados com a saúde, variavam de acordo com as classes sociais, género e escolaridade. Os indivíduos que se inserem nas classes sociais que concentram maiores recursos económicos e culturais, tendem a adotar estilos de vida mais saudáveis e a apresentar um menor número de patologias (ANTUNES, 2009). Também um estudo realizado por Furtado e Pereira (2010) revela que as doenças crónicas

na população em 1998/99 e 2005/06 se concentram nos grupos de rendimento inferior em ambos os períodos.

Dados obtidos pela Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego revelam, que no ano 2008 os rendimentos das mulheres eram manifestamente inferiores aos dos homens: 61,4% das mulheres tem como rendimento pessoal menos de 375€ mensais, enquanto só 26,4% dos homens se encontra na mesma situação (CITE, 2008). O que também é confirmado por um estudo realizado pelo Observatório das Desigualdades sobre a persistência das desigualdades remuneratórias de género nas empresas Portuguesas entre 1988-2008 o qual refere, que apesar da generalização e crescente qualificação do trabalho feminino, a desigualdade de remuneração base média entre homens e mulheres era ainda uma característica estrutural do país (CARVALHO, 2010).

Os indivíduos que têm um rendimento mensal “inferior a 485 euros” têm um menor nível de informação relativamente à doença e tratamento e pontuam inferiormente no valor global da relação relativamente aos que possuem um rendimento mensal “entre 970 e 1455 euros”, o que vai de encontro a estudos recentes cit por Silva et al. (2009) os quais concluem que classes economicamente privilegiadas têm mais acesso a informações sobre saúde. Também Couto et al. (2001) cit por Silva et al. (2009), concluíram que as mães que apresentavam mais informação a respeito de como cuidar da saúde oral dos seus filhos foram aquelas agrupadas no nível socioeconómico alto.

Quanto à relação e rendimento mensal os nossos resultados são diferentes dos obtidos por Ferreira et al. (2001) cujo estudo revela, que os indivíduos com maior nível socioeconómico são os que tecem piores opiniões acerca dos profissionais de saúde.

Também alguns estudos têm vindo a colocar em evidência que os profissionais de saúde apresentam mais falhas quando comunicam com doentes com nível socioeconómico mais baixo, quebrando desta forma elos da relação (WILLEMS et al., 2005; BLANQUICETT et al., 2007).

Existem fatores de risco que se encontram potencialmente associados a acidentes cardiovasculares como a hipertensão arterial, diabetes e dislipidémia. Dos indivíduos inquiridos, 89,1% possui fatores de risco, dos quais 64,5% possui “Hiperdislipidémia”, 60,9% apresentam “Hipertensão Arterial”, e 37,3% “Diabetes Mellitus”.

Segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia, em 2009, 63% da População Portuguesa tem os valores de colesterol acima dos valores recomendados pela Sociedade Portuguesa de Aterosclerose (FPC, 2009). O 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 (INE, 2007) revela que das doenças crónicas apresentadas na população Portuguesa a

hipertensão arterial foi a que apresentou maior frequência, estando presente em 20% da população. Valor superior ao encontrado no inquérito anterior onde apenas 14,9% da população mencionava ter hipertensão. De acordo com o relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes, em 2009 11,7% da população Portuguesa apresentava diabetes, dos quais apenas 6,6% tinha diagnóstico médico confirmado (PORTUGAL, 2010).

A maioria dos inquiridos possui estilos de vida “equilibrados” embora exista uma percentagem proximal de estilos de vida “desequilibrados”. Analisando quanto ao sexo, verificamos que a maioria das mulheres possui estilos de vida “equilibrados” e a maioria dos homens, possui estilos de vida “desequilibrados” o que é confirmado pelo 4º Inquérito Nacional realizado pelo Instituto Nacional de Estatística no ano 2005/2006 que revelava que, a maioria dos fumadores pertence ao sexo masculino, que a taxa de alcoolismo é superior no sexo masculino, assim como o IMC. As mulheres consomem alimentos mais saudáveis que os homens e praticam com maior regularidade atividade física (INE,2007).

A estatística inferencial tornou evidente que os estilos de vida influenciam as atitudes que os profissionais de saúde têm para com os doentes. Atendendo ao facto, que quanto maior for a pontuação da variável total estilos de vida pior são os estilos de vida da amostra e, correlacionando-se estes de forma positiva com as atitudes, constatámos que os indivíduos que possuem piores estilos de vida são aqueles que consideram que os profissionais de saúde têm melhores atitudes para com eles, o que vem contrariar um estudo realizado por Ferreira et al., (2001) em que os utentes que se sentem com pior qualidade de vida avaliaram mais desfavoravelmente os profissionais e sistema de saúde.

A equidade deve ser um princípio básico em qualquer sistema de saúde. Este aspeto tem sido defendido por diversos autores, como Rawls (1972), Culyer (1976), Maynard (1981), Gray (1982), Le Grand (1982), Ritch (1994), Whitehead (1994) e Pollock (1995) “Cit por” Giraldes (2002). Contudo, na atualidade a equidade em saúde ainda não atingiu a sua plenitude. A «igualdade de oportunidades de acesso para igual necessidade» terá apenas lugar quando todos os utilizadores, em todos os distritos, tenham acesso aos mesmos serviços ao mesmo custo (em custo do transporte e em tempo perdido) (GIRALDES, 2002).

Relativamente à acessibilidade aos serviços de saúde a maioria dos indivíduos desta amostra refere “não ter dificuldade em se deslocar ao local da consulta” (75,5%). Dos que admitiram “ter dificuldade em se deslocar” (24,5%) a maioria pertence ao sexo feminino (40%), e os motivos predominantes são a “necessidade de acompanhamento” (17,1%) e o “custo financeiro” (11,4%).

Os indivíduos que têm dificuldade em se deslocar ao local da consulta consideram ter um menor nível de informação acerca da sua doença e tratamento, o que vai de encontro

a uma análise elaborada pela Entidade Reguladora da Saúde a qual afirma, que a barreira dificuldade de deslocação aos serviços de saúde pode impedir ou dificultar a obtenção dos cuidados de saúde que os utentes necessitam, ficando estes privados de obter um melhor estado de saúde, de bem-estar e de informação acerca da doença e tratamento (PORTUGAL, 2011).

Em relação à periodicidade das consultas verificámos que 47,3% dos indivíduos tem consultas semestralmente, 20% trimestralmente e 16,4% mensalmente e anualmente. Os que têm consultas mensalmente consideram que os profissionais de saúde têm melhores capacidades comunicacionais do que os indivíduos que vão à consulta trimestralmente.

Um estudo realizado por Nascimento e Jesuíno em 2003 sobre as “Atitudes e Representações Sociais em Saúde” revelou a existência de uma tendência marginal para os doentes mais assíduos revelarem índices de satisfação superiores aos dos menos assíduos. Também um estudo realizado por Pereira, Soares e McIntyre (2001) sobre a Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina vem também demonstrar que os indivíduos que se deslocam aos serviços de saúde com maior periodicidade, apresentam avaliações significativamente mais satisfatórias no que diz respeito ao sistema de saúde e profissionais de saúde.

Quanto ao número de consultas, a maioria dos inquiridos referiu que este se encontra adequado (76,1%), sendo que no sexo masculino a percentagem (78,4%) é ligeiramente superior à do género feminino (71,4%). Apenas 22% referiu ter necessidade de ter “ Maior número de consultas”, o que foi manifestado maioritariamente pelo sexo feminino (28,6%).

A opinião dos utentes acerca da adequação do número de consultas influenciou a relação doente/profissional de saúde na dimensão informação. Os doentes que consideram ter um número adequado de consultas têm um nível de informação superior do que os que consideram que deveriam ter mais consultas.

A satisfação do doente face ao número de consultas poderá influenciar o seu grau de contentamento face aos serviços de saúde e profissionais, e por este motivo considerar que se encontra devidamente informado relativamente à sua doença e tratamento.

O acompanhamento médico dos indivíduos da nossa amostra é realizado maioritariamente pelo médico de família (32,7%), valor que se aproxima dos 31,8% que mencionou ser acompanhado pelo médico da medicina intensiva do hospital. Apenas 8 dos inquiridos referiram ser acompanhados pelo “médico particular”, dos quais, 8,6% pertencem ao sexo feminino.

Um estudo por Cabral, Silva e Mendes (2001) sobre os comportamentos e atitudes da população portuguesa perante a saúde e a doença, revela que a maioria da população estudada (54%) frequentou a consulta de medicina familiar pelo menos uma vez no ano de 2000 e que 35% dos indivíduos recorre à medicina privada pelo menos uma vez no ano.

Os nossos resultados vão de encontro a este estudo no que diz respeito à frequência da consulta de medicina familiar. Contudo, no que diz respeito à recorrência à medicina privada apresentam resultados díspares.

Um estudo realizado em Portugal em 2008 designado de “Necessidades em Portugal” refere que a maioria dos indivíduos continua a recorrer a serviços públicos, sendo ainda escassa a percentagem daqueles que utilizam serviços privados (TESE, 2009)

Relativamente à medicação ingerida, e mais especificamente ao número de comprimidos tomados, verificámos que o valor mínimo registado é de 2 comprimidos/dia e o máximo é 16 comprimidos/dia, o que equivale a uma média de 7,27 comprimidos/dia, sendo os indivíduos do sexo feminino os que consomem um maior número de comprimidos/dia, o que vem confirmar resultados de estudos anteriores em que o consumo de medicação crónica é superior nas mulheres (ANTUNES, 2000; CIMA, 2011).

A prevalência de consumo de medicação no sexo feminino pode estar relacionada com o facto de as mulheres serem mais consumidoras dos serviços de saúde, suposição que já foi colocada em estudos anteriores (CABRAL; SILVA; MENDES, 2001; INE, 2007; CIMA, 2011).

Quanto ao tipo de medicamentos consumidos a maioria dos indivíduos refere estar medicado com antilipidémicos e antihipertensores. No estudo realizado por Cima (2011) sobre a avaliação da prevalência do consumo de medicação crónica no Norte de Portugal, a medicação crónica mais frequentemente usada corresponde aos medicamentos do grupo cardiovascular. Também o 4º Inquérito Nacional 2005/2006 realizado pelo INE (2007) revelou que o principal motivo de consumo de medicação está associado à tensão arterial alta e à redução dos níveis de colesterol.

Apurámos que quanto maior for o número de comprimidos que os doentes ingerem diariamente, mais satisfatória é a opinião dos mesmos acerca das capacidades comunicacionais dos profissionais de saúde. Num estudo realizado por Samson e Siam (2008) os doentes com doenças crónicas e polimedicados referiam prestar atenção máxima aos profissionais de saúde quando lhes eram fornecidas informações acerca dos medicamentos.

A existência de DCI implica toma de medicamentos de forma continuada de forma a minimizar a possibilidade de ocorrência de um novo episódio cardiovascular. A eficácia do

tratamento medicamentoso está diretamente relacionada com a adesão ao mesmo. Entretanto, um problema comum no tratamento de doenças crônicas é que as pessoas nem sempre tomam os medicamentos regularmente (MIASSO;MONTESCHI;GIACCHERO, 2009). Esse aspecto é relevante para o sistema de saúde, tendo em vista que a não adesão pode aumentar a recorrência de acidentes cardiovasculares, aumentar o número de internamentos, o que significa mais gastos em saúde (DIAS et al., 2011).

No nosso estudo 36,3% dos inquiridos registou um episódio recorrente de síndrome coronário agudo. Dos que apresentaram outro episódio de doença cardíaca isquêmica, 22,7% referiram ter tido apenas mais um acontecimento isquêmico e 13,6% ter tido mais dois, todos eles há menos de 5 anos. Estudos anteriores revelam que o doente que sobrevive a um SCA está em alto risco de sofrer eventos cardiovasculares futuros, quer coronários, cerebrovasculares ou arteriais periféricos (ROBSON;GOMA;FONAROW, 2007; LEE;COOKE;ROBERTSON, 2008; MACEDO;ROSA, 2010). Contudo, a maioria dos inquiridos apresenta uma “Boa Adesão” à terapêutica, pontuando os homens superiormente relativamente ao sexo feminino. Embora no nosso estudo existam diferenças significativas relativamente ao sexo a literatura corrente não tem encontrado resultados consistentes na associação entre a adesão e o sexo (VERMEIRE et al., 2001; HORNE, 2006; DIAS et al, 2011). Porém, um estudo realizado por Araújo e Garcia (2006) sobre a adesão ao tratamento hipertensivo, revela que as mulheres aderem mais ao tratamento para a hipertensão arterial do que os homens.

O tipo de relação que se estabelece entre o doente e os profissionais de saúde, assim como, a transmissão de informações claras e concisas acerca do tratamento medicamentoso são apontados como fortes fatores preditores da adesão à terapêutica (CABRAL;SILVA, 2010).

No nosso estudo a dimensão informação foi preditora da adesão à terapêutica estabelecendo com esta uma relação direta de casualidade, ou seja, quanto maior for o nível de informação dos doentes relativamente à doença e tratamento maior é o nível de adesão aos tratamentos farmacológicos. Um estudo efetuado por Santos et al. (2005) conclui que quanto maior for o grau de conhecimento do indivíduo sobre o seu problema de saúde, maior será o sucesso de adesão à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa.

Num estudo realizado por Miasso, Monteschi e Giacchero (2009) todos os doentes aderentes consideraram suficientes as orientações que receberam da equipa de saúde e não apresentaram dúvidas sobre os medicamentos utilizados. Um outro estudo realizado por Silva, Schenkel e Mengue (2000) revela que dos doentes não aderentes 34% consideravam

apresentar um bom nível de informação a respeito do medicamento prescrito, 57% um nível regular e 9% insuficiente. Quando colocadas questões sobre o conhecimento dos efeitos secundários dos medicamentos e precauções especiais a ter, a maioria dos não aderentes respondeu não lhes ter sido dada qualquer informação acerca desse assunto, o que demonstra que a falta de informação sobre o medicamento é um dos fatores que propicia a não adesão (SILVA;SCHENKEL; MENGUE, 2000).



## 7. CONCLUSÃO

A doença coronária é das patologias mais frequentes no nosso País. Segundo o INE até final de 2006, 2,7% da população Portuguesa já tinha sofrido uma Síndrome Coronária Aguda (INE, 2007). Esta situação de doença encontra-se intimamente ligada à presença de fatores de risco em particular aos modificáveis como a hipertensão, hiperdislipidémia e diabetes mellitus.

A presença de doença cardíaca é responsável pelo aparecimento de limitações para a vida quotidiana, por situações de incapacidade para o trabalho, por perda de qualidade de vida e pelo aumento do consumo de medicamentos e de serviços.

Os profissionais de saúde assumem um papel fundamental na educação para a saúde das populações. O vínculo que se estabelece entre estes e o doente é um veículo condutor para a promoção da saúde através da capacitação do indivíduo.

Os termos em que a relação se irá desenvolver, não podem deixar de depender dos dois elementos envolvidos. Para além das características profissionais e pessoais inerentes ao profissional de saúde, fatores biopsicossociais do próprio doente poderão contribuir fortemente para o constructo dessa relação. Contudo, se a vinculação entre os dois elementos resultar numa relação coesa serão obtidos ganhos para o doente, sistema de saúde e sociedade.

Embora estejamos cientes das limitações existentes no nosso estudo, pensamos ter contribuído para a identificação das características sociodemográficas da população com cardiopatia isquémica, para o conhecimento da relação existente entre os profissionais de saúde e o doente, identificando os fatores que a influenciam e a sua predição relativamente à adesão terapêutica.

As características sociodemográficas presentes nos doentes com cardiopatia isquémica incluídos no nosso estudo enquadram-se nas realidades sociais e económicas existentes em Portugal, assim como vão de encontro a fatores biopsicossociais que caracterizam os doentes com doença crónica e cardiovascular.

Estamos perante uma população maioritariamente masculina, com idades compreendidas entre os 48 e 89 anos, em que a sua maioria é casada, vive com o conjugue

e reside na cidade. O nível educacional e económico é baixo, a maioria dos sujeitos tem apenas o ensino básico, pertencem à população inativa e auferem mensalmente valores inferiores a 475 euros.

Mais de metade dos inquiridos possui estilos de vida “equilibrados”, embora exista uma percentagem proximal de estilos de vida “desequilibrados”. Os fatores de risco associados à cardiopatia isquémica, são a hiperdislipidémia, a hipertensão arterial e a diabetes mellitus.

A classificação da relação profissional de saúde/doente dividiu as opiniões, tendo a opção “má” peso ligeiramente superior relativamente à “boa”. Esta divergência de opiniões foi influenciada por fatores de ordem sociodemográfica, pelo estado de saúde dos indivíduos, pela acessibilidade aos serviços de saúde e por questões relacionadas com a terapêutica farmacológica.

Segundo a declaração de Alma-Ata, a saúde é um direito humano fundamental, e atingir o mais alto nível de saúde mostra-se a mais importante meta social mundial. Afirma ainda que a chocante desigualdade existente no estado de saúde da população é política, social e economicamente inaceitável e que, por esse motivo, constitui objeto de preocupação comum de todos os países (SILVA et al., 2007).

A literatura demonstra que a existência de desigualdade social na utilização de serviços de saúde é determinada por vários fatores, sendo estes, socioeconómicos, geográficos, culturais, sociais, entre outros. (SILVA et al., 2007).

As características socioeconómicas do indivíduo condicionam a exposição a situações que podem comprometer o seu estado de saúde, afetam os estilos de vida e têm também influência no acesso aos cuidados de saúde. A localização geográfica do indivíduo terá influência sobre a acessibilidade do mesmo aos serviços de saúde e questões culturais e nível educacional poderão condicionar a subsequente perceção da necessidade de utilização de serviços de saúde.

A iniquidade existente relativamente aos cuidados de saúde reflete-se nas desigualdades existentes na vinculação da relação entre utentes e profissionais de saúde o que se encontra espelhado nesta investigação. As desigualdades sociais e de acesso aos cuidados de saúde pesaram sobre a vinculação da relação entre os profissionais e os utentes, apresentando em geral resultados desfavoráveis relativamente à relação os indivíduos com rendimento mensal e educacional inferior e com menor acessibilidade aos serviços de saúde.

Uma aposta governamental na igualdade de condições sociais e educacionais resolveria parcialmente as desigualdades em saúde. Como refere Rui Nunes, presidente da

Associação Portuguesa de Bioética "O sistema de saúde é apenas uma parte da solução". Existe um conjunto de condições sociais, económicas e culturais que são determinantes para a saúde da população, individualmente e como um todo, explica. É possível "reduzir as desigualdades na saúde através da redução das desigualdades sociais". (AMENDOEIRA, 2009).

Para otimização dos cuidados de saúde e para a promoção da sua qualidade é necessário que os profissionais reconheçam as desigualdades sociais e de saúde existentes em Portugal e mais especificamente na população da sua área de atuação.

O início da relação terapêutica só poderá acontecer após uma identificação precoce das condições sociais, educacionais, culturais e económicas dos indivíduos que recorrem aos serviços de saúde.

O esclarecimento de dúvidas e preocupações, o fornecimento de informações claras e concisas acerca da doença e tratamento por parte dos profissionais de saúde são cruciais para o estabelecimento de uma relação empática entre os dois intervenientes da relação.

A capacidade de adequação dos processos informativos aos diversos contextos socioculturais é um dos principais instrumentos para aumentar a eficácia das intervenções de prevenção da doença, de educação para a saúde e de adesão ao tratamento.

Nesta investigação tornou-se evidente que o nível de informação relativamente à doença e tratamento dos indivíduos influenciou positiva ou negativamente a adesão dos mesmos às terapêuticas farmacológicas.

Ficou contudo por identificar algumas questões relacionadas com o sistema de saúde em si, com os profissionais e informação acerca do medicamento as quais gostaríamos de ver esclarecidas futuramente.

Sugerimos para futuras investigações o desenvolvimento de estudos que apontem as desigualdades em saúde existentes na população da Beira Interior e identifiquem quais os aspetos valorizados no relacionamento com os profissionais de saúde. Achemos também importante a realização de um estudo que relacione as informações acerca do medicamento como por exemplo a sua indicação terapêutica, dosagem, efeitos secundários, precauções especiais, e o grau de adesão ao mesmo.

Perante as considerações efetuadas não podemos deixar de salientar a importância da consulta de enfermagem nos doentes com cardiopatia isquémica e doença crónica.

Analisando o plano curricular de formação base e especializada dos cursos de Enfermagem verificamos a existência de unidades curriculares orientadas para a comunicação e humanização dos cuidados não descurando por este motivo a vertente

biomédica e técnica inerente à profissão. A prática de enfermagem é orientada desde a formação base para a arte do cuidar, do saber ouvir, do colocar-se no papel do outro, adquirindo o enfermeiro competências na área da relação e comunicação. Por outro lado, este profissional de saúde em todas as suas áreas de atuação, encontra-se em situação privilegiada para estabelecer uma relação empática com o doente e família.

A nível dos cuidados diferenciados o enfermeiro é o profissional de saúde que permanece junto ao doente a maior parte do tempo de internamento, tendo oportunidades cruciais para estabelecer relações de confiança assim como, para identificar o meio social, económico, cultural e familiar do indivíduo. Na área dos cuidados de saúde primários este profissional tem a oportunidade de acompanhar o indivíduo e família no seu contexto ambiental e socioeconómico.

Tendo em conta o supracitado, o enfermeiro poderá estabelecer o vínculo relacional em vários momentos do ciclo de vida dos indivíduos. No momento da consulta a relação entre os dois intervenientes estará vinculada, o que facilitará os processos comunicativos, informativos e permitirá o constructo de estratégias para capacitar os utentes para a adoção de estilos de vida saudáveis e bons hábitos terapêuticos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, José Paulo Correia de – **Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com Diabetes Tipo 1.** Braga: Universidade do Minho, Departamento de Psicologia. 2003.
- AMENDOEIRA, José. **Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades. Políticas de Saúde em Portugal e Desigualdades.** Repositório do Instituto Politécnico de Santarém. [Em linha]. (2009). [Consult. 12/11/2011]. Disponível em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/86/1/Pol%C3%ADticas%20de%20sa%C3%BAde%20em%20Portugal%20e%20desigualdades.pdf>.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION - **Classification of Functional Capacity and Objective Assessment.** American Heart Association. [Em linha]. (1994). [Consult. 20/08/2011]. Disponível em [http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/ByPublicationDate/PreviousYears/Classification-of-Functional-Capacity-and-Objective-Assessment\\_UCM\\_423811\\_Article.jsp](http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/ByPublicationDate/PreviousYears/Classification-of-Functional-Capacity-and-Objective-Assessment_UCM_423811_Article.jsp)
- ANTUNES, Pedro. Medicação crónica numa lista de utentes. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Lisboa. Vol.16. (2000), p. 113-124.
- ANTUNES, Ricardo - **Classes sociais e a desigualdade na saúde.** Observatório das Desigualdades. [Em linha]. 2009. [Consult. 2/11/2011]. Disponível em <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=projects&id=88>
- ARAÚJO, Gilmara Barboza da Silva; GARCIA, Telma Ribeiro. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev. Eletr. Enf. [Em linha]. (2006). [Consult. 7/11/2011]. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm)
- ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO. **Necessidades em Portugal. Tradição e tendências emergentes. Resultados do inquérito por questionário.** Associação para o desenvolvimento. [Em linha]. (2009). [Consult. 4/11/2011].

Disponível em  
[www.tese.org.pt/.../Relatorio\\_inq\\_questionario\\_Necessidades\\_em\\_Po...](http://www.tese.org.pt/.../Relatorio_inq_questionario_Necessidades_em_Po...)

- BASSAND, Jean-Pierre [et al]- Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. European Heart Journal. Nº28, (2007), p.1598 – 1660.
- BERRY, Dianne. - **Health Communication. Theory and Partice**. England. OZ Graf. S.A. (2007).
- BLANQUICETT, Carmelo, [et al]. Human Communication. Examining the Perceptions of Doctor-Patient Communication. Journal of the Pacific and Asian Communication Association. Vol.10, nº. 4, (2007), p. 421 – 436.
- BRANDÃO, Jorge. Relação médico-doente: sua complexidade e papel dos grupos Balint. Rev Port Clin Geral. Nº23, (2007), p. 733-744
- BROOKES, Linda - **INTERHEART: A Global Case-Control Study of Risk Factors for Acute Myocardial Infarction**. Medscape News. [Em linha]. (2004). [Consult. 11/09/2011]. Disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/489738>
- BUGALHO, A; CARNEIRO, A. – **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas**. Lisboa, (2004).
- CABRAL, Manuel Villaverde; SILVA, Pedro Alcântara da; MENDES, Hugo. **Inquérito aos Comportamentos e Atitudes da População Portuguesa perante o Sistema Nacional de Saúde**. APIFARMA, 2001.
- CABRAL, M. Vilaverde; SILVA, Pedro Alcântara da - **A adesão terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas**. Lisboa. Associação Portuguesa da Indústria Portuguesa, 2010.
- CAMARNEIRO, Ana Paula Forte – Em Torno da Adesão aos Protocolos Terapêuticos. Revista de Educação e Formação em Enfermagem. Edição nº 9, (Novembro 2002), p. 25-30.
- CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciência e Saúde Coletiva. [Em linha]. (2004). [Consult. 10/04/2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19831.pdf>

- 
- CARVALHO, Margarida - **A persistência das desigualdades remuneratórias de género nas empresas portuguesas: 1988-2008**. Observatório das desigualdades. [Em linha]. (2010). [Consult. 2/11/2011]. Disponível em <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=projects&lang=pt&id=116>
  - CASELLA [et al.] - Secondary prevention of acute coronary syndromes: are we following correctly the guidelines? Giornali Italiano di Cardiologia. Vol. 7, nº 3, (Mar 2006), p.85 -176.
  - CHANT, Simon [et al.]. Communication skills: some problems in nursing education and practice. Journal of Clinical Nursing. Vol. 11, (January 2002), p. 12-21.
  - CHAIRPERSON, Frans Van de Werf [et al] - Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. European Heart Journal. Nº29, (2008), p. 2909 – 2945.
  - CHRISTEN, RN; ALDER, J; BITZER, J. **Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations**. Pub Med. [Em linha]. (2008). [Consult. 11/04/2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18222586>
  - CIMA, CIF [et al.]. Consumo de medicação crónica. Avaliação da prevalência no norte de Portugal. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Vol.27, (2011), p. 7-20.
  - CLEVER, Sarah; [et al.]. Does Doctor–Patient Communication Affect Patient Satisfaction with Hospital Care? Results of an Analysis with a Novel Instrumental Variable. Health Serv Res. 43(5p1), (October, 2008), p. 1505 – 1519.
  - COMISSÃO PARA A IGUALDADE NO TRABALHO E NO EMPREGO. **Mulheres e homens: Trabalho, emprego e vida familiar**. Estatísticas da Comissão para a Igualdade no Trabalho e Emprego. [Em linha]. (2008). [Consult. 8/11/2011]. Disponível em <http://www.cite.gov.pt/pt/acite/mulheresehomens02.html>.
  - CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO – **Guidelines. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Conselho Português de Ressuscitação**. [Em linha]. (2010) p. 37-41 [Consult. 20/08/2011]. Disponível em [http://www.cpressuscitacao.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=27844](http://www.cpressuscitacao.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27844)
  - CRAMÉR, H. **Mathematical Methods of Statistics**. Princeton University Press. 1999

- 
- DELGADO, Artur Barata, LIMA, Maria Luísa. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psicologia, Saúde & Doenças. Lisboa. Vol. 2, nº2 (2001), p. 81-99.
  - DIAS, António Madureira; [et al.]. Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. Millenium. Viseu. Nº 40 (2011), p 201-219.
  - DIBBELT, Susanne; [et al.]. Patient–doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. Patient Education and Counseling. [Em linha]. (2009). [Consult. 20/05/2011]. Disponível em [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(09\)00333-4/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(09)00333-4/abstract)
  - DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA. Porto Editora, 2011.
  - DOWRICK, Christopher; [et al.]. General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire and qualitative study. BMC Family Practice. [Em linha]. (2008) 9-46 [Consult. 20/04/2011]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/9/46>
  - DUARTE, João Carvalho - **Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência**. Repositório Aberto da Universidade do Porto. [Em linha]. (2011). [Consult. 12/9/2011]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19371>
  - EUROPEAN COMISSION - **Special Eurobarometer: The citizens of the European Union and Sport**. European Comission. [Em linha]. (2004). [Consult. 10/09/2011]. Disponível em [http://ec.europa.eu/sport/documents/publications/ebs\\_213\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/sport/documents/publications/ebs_213_report_en.pdf)
  - FERREIRA [et al]. **Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo**. Volume temático: 2, (2001).
  - FERREIRA, Maria José – **A Reabilitação Cardíaca**. [Em linha]. (2008) [Consult. 10 Julho 2011]. Disponível em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/551/.../97-104FCS2005-12.pdf>
  - FORTIN, Marie-Fabienne Fortin – **Fundamento e Etapas do Processo de Investigação**. Loures. Lusodidata, 2009.
  - FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA. **Colesterol. Cuidado com ele**. Fundação Portuguesa de Cardiologia. [Em linha]. (2009). [Consult. 8/11/2011]. Disponível em <http://www.fpcardiologia.pt/publicacoes.aspx?tipo=>

- 
- FURTADO, Cláudia e PEREIRA, João. **Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde**. Observatório Português. Lisboa [Em linha]. (2010). [Consult. 4/11/2011]. Disponível em [www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf)
  - GEORGE, D.; MALLERY, P. **SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference**. 6ª Edição. 2005. ISBN-10: 0205480713 | ISBN-13: 978-0205480715.
  - GIRALDES, Maria do Rosário - Desigualdades regionais nos subsistemas de saúde em Portugal. Revista Análise Social. Vol. 38 (164), (2002), p. 939-947.
  - HAIR, J. F.; [et al.]. - **Multivariate Data Analysis**. 5th Edition, New Jersey: Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, 1998.
  - HALL, Mark [et al.]. **Trust in the Medical Profession: Conceptual and Measurement Issues**. Pub Med Central. [Em linha]. (2002). [Consult. 20/05/2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1464022/>
  - HO, P. Michael – **Prevalence of non adherence to cardiovascular medications**. In Circulation.net. [Em linha]. New Orleans, (November 2008). [Consult. 20/05/2011]. Disponível em [http://www.incirculation.net/3430\\_101337.aspx?parentaid=101289](http://www.incirculation.net/3430_101337.aspx?parentaid=101289)
  - HO, PM; BRYSON, CL; RUMSFELD, JS - Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes; Circulation; Vol. 16, 119 (23), (2009), p. 3028-35.
  - HORNE, R - Compliance, Adherence and Concordance: Implications for Asthma Treatment; CHEST. Nº 130, (2006), p. 65-72
  - IEFP - **Classificação Nacional de Profissões – CNP**. IEFP, [Em linha], (s/d). [Consult. 29/09/2011]. Disponível em <http://www.iefp.pt/IEFP/Paginas/Home.aspx>
  - INE – **Conceitos**. Base de dados INE. [Em linha]. (1994). [Consult. 10/08/2011]. Disponível em [http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc\\_cod=180&cnc\\_ini=24-05-1994](http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=180&cnc_ini=24-05-1994)
  - INE – **Conceitos – Mercado de Trabalho**. Base de dados INE [Em linha]. (2000). [Consult. 29/09/2011]. Disponível em [http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc\\_cod=2394&cnc\\_ini=24-05-1994](http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=2394&cnc_ini=24-05-1994)
  - INE – **Conceitos - População**. Base de dados INE [Em linha]. (2002a). [Consult. 29/09/2011]. Disponível em

- [http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detalhe.aspx?cnc\\_cod=3642&cnc\\_ini=10-10-2002](http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detalhe.aspx?cnc_cod=3642&cnc_ini=10-10-2002)
- INE – **Conceitos – Mercado de trabalho**. Base de dados INE [Em linha]. (2002b). [Consult. 29/09/2011]. Disponível em [http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detalhe.aspx?cnc\\_cod=3197&cnc\\_ini=22-02-2002](http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detalhe.aspx?cnc_cod=3197&cnc_ini=22-02-2002)
  - INE – **Conceitos - População**. Base de dados INE [Em linha]. (2003a). [Consult. 29/09/2011]. Disponível em [http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detalhe.aspx?cnc\\_cod=174&cnc\\_ini=11-04-2003](http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detalhe.aspx?cnc_cod=174&cnc_ini=11-04-2003)
  - INE. Censos 2001. Base de dados INE. [Em linha]. (2003b). [Consult. 8/11/2011]. Disponível em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos\\_historia\\_pt\\_2001](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001).
  - INE - **4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006**. Base de dados INE. [Em linha]. (2007). [Consult. 5/11/2011]. Disponível em [www.spdc.pt/files/4\\_inquerito\\_nacional\\_saude.pdf](http://www.spdc.pt/files/4_inquerito_nacional_saude.pdf)
  - JANGLAND, E.; GUNNINGBERG, L.; CARLSSON, M. **Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement**. Pub Med. [Em linha]. (2009). [Consult. 10/04/2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19038522>
  - JOYCE-MONIZ, L.; BARROS, L. Intervenção desenvolvimentista em psicologia da doença. Análise Psicológica. Vol. 3 (XXII), (2005), p. 487-498.
  - KABA, R e SOORIAKUMARAN, P. - **The evolution of the doctor-patient relationship**. International Journal of Surgery. Vol. 5 (1), (2007), p. 57-65.
  - KAISER, H. F. – An Index of Factorial Simplicity. Psychometrika. Vol. 39, (1974), p. 31-36.
  - KLEIN, J.M. e GONÇALVES, A.G.A. - A adesão terapêutica em contextos de cuidados de saúde primários. Psico-USF. 20 (2), (2005), p.113-120.
  - 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. 8:3, (2003), p. 775-782.

- 
- LEON, A; [et al.]. Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. Circulation. Nº111, (2005), p.369-376
  - LEE, HY; COOKE, CE; ROBERTSON, TA. **Use of secondary prevention drug therapy in patients with acute coronary syndrome after hospital discharge.** PubMed. [Em linha]. (2007). [Consult. 9/11/2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18439049>
  - LORIENTE-ARÍN, Nuria; SERRANO-DEL-ROSAL, Rafael - Hable con los pacientes, no para ellos. Análisis de las fuentes de confianza del acto médico. Revista Internacional de Sociología. ISBN: 0034-9712. Vol. 67, nº 2, (Mayo-Agosto 2009), p.309-328.
  - MAROCO, João. **Análise Estatística com o Pasw Statisticas (ex-SPSS)**. Pêro Pinheiro. Editora Report Number, Lda., 2010. ISBN:978-989-96763-0-5.
  - MACEDO, António; ROSA, Fernando - **O Síndrome Coronário Agudo nos Cuidados de Saúde Primários; Artigo de Revisão.** Acta Medica Portuguesa. II Série, 23:2, (Março/Abril 2010), p.213 – 222.
  - MACHADO, Maria Manuela Pereira - **Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros.** Repositório Institucional da Universidade do Minho. Braga. [Em linha]. 2009. [Consult. 12/12/2010]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese.pdf>
  - MAGUIRE, Peter. **Clinical Review. Key communication skills and how to acquire them.** BMJ. Base de dados BMJ. [Em linha]. (2002). [Consult. 20 Abril 2011]. Disponível em <http://www.bmj.com/content/325/7366/697.full>
  - MALHOTRA, Naresh K. – **Basic Marketing Research: Applications to Contemporary Issues.** Prentice-Hall International, Inc., 2002.
  - MARGALHO, Renata; PAIXÃO, Rui; PEREIRA, Marco - **Relação terapêutica e adesão em doentes portadores da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH).** Psicologia, Saúde & Doenças. Vol.11, nº1, (2010), p. 71-81.
  - MCINTYRE, T., [et al.] - **Estudo Aprofundado da Satisfação do Utente dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação Regional e Subregional.** Administração Regional de Saúde-Norte. Porto, 2001.

- 
- MIASSO, Adriana Inocenti; MONTESCHI, Maristela; GIACCHERO, Kelly Graziani. Transtorno afetivo bipolar: Adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. Revista Latino-Americana Enfermagem. Vol. 17, nº 4, 2009.
  - NASCIMENTO, José; JESUÍNO, Jorge Correia – **Atitudes e Representações Sociais em Saúde**. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. [Em linha]. (2003). [Consult. 10/11/2011]. Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/atitudes+e+representacoes+sociais+em+saude.pdf>
  - NUNES, Emília - **Consumo de tabaco. Efeitos na saúde**. Revista Portuguesa Clinica Geral. Nº2, (Março- Abril, 2006), p. 225-244.
  - OPSS – **Termos iniciados por A. Acessibilidades**. [Em linha]. (s/d). [Consult. 12/07/2011]. Disponível em <http://www.observaport.org/glossary/2/lettera>
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento**. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE); 2009.
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Health topics Tobacco**. OMS [Em linha]. (s/d). [Consult. 29/09/2011]. Disponível em <http://www.who.int/topics/tobacco/en/>
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción**. Ginebra, 2004. ISBN 92 75 325499
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Intervención breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol**. OMS [Em linha]. (2005). [Consult. 29/09/2011]. Disponível em [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf)
  - OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. – Adherence to medication. The New England Journal of Medicine [Em linha]. 353:5, (2005), p.487-497. [Consult. 22 Dez. 2010]. Disponível em WWW:< <http://www.nejm.org/>>
  - PENDLETON, David; [et al.]. The new consultation: developing doctor–patient communication. Family Practice. Oxford Journals. Oxford. ISBN 0-19-263288, 2009.
  - PEREIRA, Maria da Graça; SOARES, Vera Araújo; MCINTYRE, Teresa. – **Satisfação Face aos Médicos Medicina: Um Estudo Piloto**. Psicologia, Saúde e Doenças. Braga. Vol.2, nº 2, (2001), p.69-80

- 
- PEREIRA, Alexandre – Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia. Edições Sílabo Lda. 7ª Ed. Lisboa. 2008. ISBN 978-972-618-510-9.
  - PESTANA, Maria Helena, GAGEIRO, João Nunes - Análise de dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS. Lisboa, Edições Sílabo, Lda., 2005. ISBN:972-616-391-X.
  - PIEGAS, LS [et al] – Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arg Bras Cardiol. Nº 93 (6-supl.2), (2009), pág. 179-264
  - PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. MELLO, Maria Lucília Mercês; BARRIAS, José; BRENDA, João – **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal**. Lisboa. Ministério da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-93-0.
  - PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2005a) - **Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2003**. Lisboa, (2005a). ISSN 0872-1114.
  - PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (2005b). CANDEIAS [et al] – **Princípios para uma Alimentação Saudável**. Lisboa. Ministério da Saúde, (2005b). ISBN: 972-675-141-1.
  - PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2006a) - **Programa Nacional de Intervenção sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. Lisboa. Ministério da Saúde, (2006a).
  - PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2006b) - **Programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares**. Lisboa. Ministério da Saúde, (2006b), p.28. ISBN 972-675-151-9.
  - PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2007a) - **Princípios – chave de prevenção e controlo da obesidade**. Base de dados Ministério da Saúde. Lisboa. [Em linha]. (2007a). [Consult. 29 Setembro 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>
  - PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2007b) - **A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar**. Base de dados Ministério da Saúde. Lisboa. [Em linha]. (2007b). [Consult. 29 Setembro 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>

- 
- PORTUGAL. Ministério da Educação. Direcção Geral da Saúde (2007c) - **Alimentação saudável e sustentável**. Base de dados Ministério da Saúde [Em linha]. (2007c) [Consult. 29 Set. 2011]. Disponível em [http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/profunc/alimnet\\_saud.pdf](http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/profunc/alimnet_saud.pdf)
  - PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2007d) - **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. Base de dados Ministério da Saúde. Lisboa. [Em linha]. (Janeiro, 2007d). [Consult. 29 Setembro 2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>
  - PORTUGAL. Ministério da Saúde. – **Diabetes: Factos e Números 2009**. Observatório Nacional da Diabetes [Em linha]. (2010). [Consult. 12/11/2011]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4747F2BE-D534-4983-9A94-C5B7066C9731/0/i012326.pdf>
  - PORTUGAL. Entidade reguladora da Saúde. **Análise do impacto da directiva 2011/24/eu do parlamento europeu e do conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de Cuidados de saúde transfronteiriços sobre o sistema de saúde português**. Entidade reguladora da saúde. [Em linha]. (2011). [Consult. 2 Novembro 2011]. Disponível em [www.ers.pt/actividades/estudos/Directiva\\_Transfronteirica\\_11.pdf](http://www.ers.pt/actividades/estudos/Directiva_Transfronteirica_11.pdf)
  - RAPLEY, M. - **Quality of Life Research: a critical introduction**. London: SAGE Publications, 2003.
  - RASHID, A. [et al.] - Consultations in general practice: a comparisons of patients' and doctors' satisfaction. BMJ. Vol. 299, nº21, (1989), p.1015 – 1016.
  - REANIMA. CURSO DE EVIDÊNCIA NA EMERGÊNCIA – **Manual de Procedimentos 2009**. 2ª Edição, Porto, (Março de 2009), p. 161-164.
  - ROBSON, SG; GOMA, EM; FONAROW, GC. **Reinforcing a continuum of care: in-hospital initiation of long-term secondary prevention following acute coronary syndromes**. Base de dados PubMed. [Em linha]. (2007). [Consult. 9/11/2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17701334>.
  - ROTER, Debra L. The Roter Interaction Analysis System (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interactions. Patient Education and Counseling. [Em linha], 46(4), (2002), p. 243–251. [Consult. 12/10/2011]. Disponível em

<http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/11932123/reload=0;jsessionid=B6B28538012C50D7F4B19B3B4EB2355D>

- ROTER, Debra L.; HALL, Judith A. **Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors. Improving Communication in Medical Visits.** 2<sup>o</sup> Edição. United States of America. 2006.
- SAMSON, André; SIAM, Habib. Adapting to major chronic illness: A proposal for a comprehensive task-model approach. Patient Education and Counseling. N<sup>o</sup> 70. (2008), p. 426–429.
- SANTOS, Araújo de Sousa [et al.]. Adesão do Cliente Hipertenso ao Tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto & Contexto em Enfermagem. Brasil. ISSN (Versão impressa): 0104-0707. Vol.14, n<sup>o</sup>003, (julho-setembro,2005), p.332-340
- SANTOS, Ferreira José [et al.] - Registo nacional de síndromes coronárias agudas: sete anos de actividade em Portugal. Revista Portuguesa de Cardiologia. N<sup>o</sup> 28, (2009), p.1465 – 1500.
- SHAW, A; [et al.]. Patients' perspectives of the doctor-patient relationship and information giving across a range of literacy levels. Patient Education and Counseling. [Em linha]. 75(1), (2009), p.114-20. [Consult. 20/05/2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19041210>
- SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbana. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. Ciência & Saúde Coletiva. [Em linha]. Vol.12, n.3, (2007), p. 683-688 [Consult. 1/05/2011]. Disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232007000300018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232007000300018&script=sci_abstract&tlng=pt)
- SILVA, Juliana Yassue Barbosa da [et al] - Desigualdade em saúde. Revista Sul-Brasileira de Odontologia. 2009. ISSN: 1806-7727
- SILVA, Pedro Ribeiro da - A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. Rev Port Clin Geral. N<sup>o</sup> 24, (2008), p.505-512.
- SILVA, Tatiane da; SCHENKEL, Eloir Paulo; MENGUE, Sotero Serrate. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 16(2), (2000), p.449-455,

- 
- SILVERMAN, Jonathan; KURTZ, Suzanne; DRAPER, Juliet. Skills for Communicating with Patients. Radcliffe Publishing. San Francisco. ISBN: 1857756401. 2ª Edição, 2005.
  - SOUSA, Jorge Alberto Carrulo – **Aliança terapêutica em contextos de saúde: sua relação com a adesão terapêutica e com as crenças dos utentes face aos médicos e medicina**. Repositório Institucional da Universidade do Minho. Braga. [Em linha]. 2009. [Consult. 10/07/2011]. Disponível em <http://www.http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10736>
  - SOUSA, M. R. M. G. Correia de - **Estudo dos Conhecimentos e representações de doença associados à Adesão Terapêutica nos Diabéticos Tipo 2**. Repositório Institucional da Universidade do Minho. Braga. [Em linha]. 2003. [Consult. 10/12/2010]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/668/1/tesefinalMS.pdf>.
  - STRAUB, R. O. - **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre, ARTMED Editora, 2005
  - TAYLOR, Shelley E; ARMOR, David A. Positive Illusions and Coping with Adversity. Journal of Personality. Base de dados Wiley online Library. [Em linha]. Volume 64, (2006), p.873–898. [Consult. 14/05/2011]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00947.x/abstract>
  - TARRANT, C. [et al.] - Qualitative study of the meaning of personal care in general practices. British Medical Journal. 326 (14), (2003), p.1- 8.
  - TEIXEIRA, J. A. Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde -Utentes. Análise Psicológica. 22 (3), (2004), p. 615-620.
  - THORNE, S., BULTZ, B., BAILE, W., the SCRIN Communication Team. What are the costs of poor communication in cancer care? A critical integrative review of the existing empirical evidence. Psycho-Oncology. Nº 14, (2005), p. 875-884.
  - VERMEIRE, E., [et al]. Patient adherence to treatment: three decades of research - A comprehensive review. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. Vol.26, nº5, (2001), p. 331-342.
  - WARD, V. [et al.] - Patient priorities in care in rheumatology outpatient clinics: a qualitative study. Musculoskeletal Care. 5 (4), (2007), p. 216 – 228.

- 
- WILLEMS, S., [et al]. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: Does it make a difference? Patient Education and Counseling. Patient Education Counseling. Nº 56, (2005), p.139-146.
  - WORLD DRINK TRENDS 2005 Edition. **Total Alcohol Consumption by World Region**. Institute of Alcohol Studies. [Em linha] (2005), ISBN 13:9781841161709; ISBN 10: 1841161705. [Consult. 20/05/2011]. Disponível em [http://www.ias.org.uk/resources/publications/warc/worlddrinks\\_2005.html](http://www.ias.org.uk/resources/publications/warc/worlddrinks_2005.html)
  - WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003. ISBN 92 4 154599 2.
  - WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Body Mass Index**. WHO [Em linha]. (2008). [Consult. 26/08/2011]. Disponível em [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html).
  - WROTH, T.H. e PATHMAN, D.E. - Primary medication adherence in a rural population: the role of the patient-physician relationship and satisfaction with care. Journal of the American Board of Family Medicine. Vol. 19, (2006), p.478–86.
  - ZORNOFF, Leonardo A.M. [et al.] - Perfil Clínico, Preditores de Mortalidade e Tratamento de Pacientes após Infarto Agudo do Miocárdio, em Hospital Terciário Universitário. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 78 (4), (2002), p.396-400.



# APÊNDICES



## APÊNDICE I – Caracterização sociodemográfica

### Caracterização Sociodemográfica

A amostra é constituída por 110 indivíduos, 68,2% pertencem ao sexo masculino e 31,8% ao sexo feminino, apresentando as características que passamos a descrever (cf. Quadro 1).

Analisando o quadro 1 verificámos que, a idade mínima dos indivíduos é de 48 anos e a máxima de 89 anos correspondendo-lhes uma média de 66,31 ( $dp=9,79$ ) e um CV de 14,76 o que sugere uma dispersão fraca ( $CV < 15\%$ ). Os valores de simetria ( $S/e = 0,26$ ) indicam uma curva simétrica e os valores da curtose ( $K/e = -1,22$ ) indicam uma curva mesocúrtica (cf. Quadro 1).

A média de idade dos homens é de 63,84 ( $dp=8,85$ ) e a média de idade das mulheres é de 71,6 ( $dp=9,72$ ). O teste *t* de *student* revelou, que existe diferenças muito significativas entre ambas ( $t=-4,15$ ;  $p=0,00$ ) (cf. Quadro 1).

Procedemos ao agrupamento dos elementos da amostra em cinco classes etárias, com os intervalos de 10 anos. Analisando o quadro, é possível verificar que 34,5% dos indivíduos tem entre 66 e 75 anos e 31,8% tem entre 56 e 65 anos. Efetuando a análise em função do sexo, constatamos que nas idades compreendidas entre 66 e 75 anos, 30,7% dos indivíduos são do sexo masculino e 42,9% pertencem ao sexo feminino. Nas idades compreendidas entre os 56 e os 65 anos, 40% dos sujeitos pertencem ao sexo masculino e 14,3% ao sexo feminino (cf. Quadro 1).

Relativamente ao **estado civil**, a maioria dos indivíduos tem companheiro (79,1%), o que corresponde ao estado civil de “Casado e União de Facto”. Da restante amostra que refere não ter companheiro (20,9%), a maioria dos casos pertence ao sexo feminino (45,7%) (cf. Quadro 1).

Em relação à coabitação e família, a maioria dos indivíduos reside com o conjugue (62,7%), 10% vive sozinho e 2,7% coabita com “família alargada”. Efetuando a análise em função do sexo podemos constatar que 14,3% das mulheres vive “Sozinha” encontrando-se 8% dos homens na mesma situação (cf. Quadro 1).

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

Quanto às **habilitações literárias**, 18 dos inquiridos “não sabe ler nem escrever” (16,4%) e 44,7% dos sujeitos possui apenas o ensino básico. Pela análise do quadro verificou-se que 45,7% das mulheres não sabe ler nem escrever, em oposição a 2,7% dos homens. Porém 11,4% das mulheres possui o ensino superior e apenas 4% dos homens possui este grau de escolaridade (cf. Quadro 1).

Analisando a **situação laboral** inferimos que 79,1% dos indivíduos está reformado, sendo os que se encontram empregados 14,5%. Os restantes indivíduos encontram-se em situação de desemprego (4,5%) e de baixa médica (1,8%). Estudando quanto ao sexo, verificámos que predominam no grupo dos “Reformados” o sexo feminino com uma percentagem de 82,9% e no grupo dos “Empregados” o sexo masculino com uma percentagem de 16% (cf. Quadro 1).

De entre os “Empregados”, apurámos que a maior percentagem (31,3%) pertence à classe do pessoal administrativo e similares. Constatámos também que, 50,9% dos indivíduos tem um **rendimento mensal** “inferior a 450”. Analisando quanto ao sexo, as mulheres encontram-se maioritariamente neste grupo de rendimentos (65,7%) (cf. Quadro 1).

#### **Em Suma:**

- A amostra é constituída por 110 participantes, 68,2% do sexo masculino e 31,8% do sexo feminino.
- A média de idades é 66,31 anos (dp = 9,79) oscilando entre 48 e 89 anos, situando-se 34,5% dos inquiridos situa-se na classe etária dos 66 aos 75 anos.
- A maioria dos indivíduos (79,1%) tem companheiro e 62,7% dos participantes coabitam com o conjugue.
- Residem maioritariamente na cidade (60%), 44,7% dos sujeitos possui apenas o ensino básico, 79,1% está reformado e 50,9% tem um rendimento mensal inferior a 450 euros.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Idade</b>						
Média	63,84		71,60		66,31	
Desvio Padrão	8,85		9,72		9,79	
<b>Classes das idades</b>						
[45-55 anos]	14	18,7	3	8,6	17	15,5
[56-65 anos]	30	40,0	5	14,3	35	31,8
[66-75 anos]	23	30,7	15	42,9	38	34,5
[76-85 anos]	8	10,7	10	28,6	18	16,4
[86-95 anos]	0	0	2	5,7	2	1,8
<b>Estado Civil</b>						
“Solteiro”	0	0	1	2,9	1	9
“Casado”	66	88,0	19	54,3	85	77,3
“Viúvo”	5	6,7	13	37,1	18	16,4
“Divorciado”	2	2,7	2	5,7	4	3,6
“União de Facto”	2	2,7	0	0	2	1,8
<b>Classe de Estado Civil</b>						
“Sem companheiro”	7	9,3	16	45,7	23	20,9
“Com companheiro”	68	90,7	19	54,3	87	79,1
<b>Coabitação - com quem vive</b>						
“Sozinho”	6	8,0	5	14,3	11	10,0
“Com o Conjugue”	52	69,3	17	48,6	69	62,7
“Com os filhos e Conjugue”	14	18,7	7	20,0	21	19,1
“Com filhos”	0	0,0	6	17,1	6	5,5
“Família alargada”	3	4,0	0	0,0	3	2,7
<b>Habilitações Literárias</b>						
“Não sabe ler nem escrever”	2	2,7	16	45,7	18	16,4
“Ensino Primário”	39	52,0	10	28,6	49	44,5
“Ensino Básico”	16	21,3	3	8,6	19	17,3
“Ensino Secundário”	15	20,0	2	5,7	17	15,5
“Ensino Superior”	3	4,0	4	11,4	7	6,4
<b>Residência</b>						
“Aldeia”	16	21,3	7	20,0	23	20,9
“Vila”	16	21,3	5	14,3	21	19,1
“Cidade”	43	57,3	23	65,7	66	60,0
<b>Situação Laboral</b>						
“Empregado”	13	17,3	4	11,4	17	14,5
“Desempregado”	3	4,0	2	5,7	5	4,5
“Baixa Médica”	2	2,7	0	0	2	1,8
“Reformado”	57	76,0	29	82,9	86	79,1
<b>Profissão</b>						
“Quadros Superiores de Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa”	1	8,3	2	50,0	3	18,8
“Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio”	0	0	1	25,0	1	6,3
“Pessoal Administrativo e Similares”	4	33,3	1	25,0	5	31,3
“Pessoal dos Serviços e Vendedores”	2	16,7	0	0	2	12,5
“Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem”	1	8,3	0	0	1	6,3
“Trabalhadores Não Qualificados”	4	33,3	0	0	4	25,0
<b>Rendimento Mensal</b>						
“Inferior a 485 euros”	33	44,0	23	65,7	56	50,9
“Entre 485 e 970 euros”	26	34,7	6	17,1	32	29,1
“Entre 970 e 1455 euros”	9	12,0	1	2,9	10	9,1
“Superior a 1940 euros”	7	9,3	5	14,3	12	10,9



---

## APÊNDICE II – Instrumento de recolha de dados



Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO

*Unidade Científico Pedagógico - Enfermagem Médico-Cirúrgica*

---

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

### QUESTIONÁRIO

Os estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, estão a desenvolver um trabalho sobre *Adesão Terapêutica do Doente com Doença Cardíaca Isquémica (DCI)*. Como tal solicitamos a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Assim sendo:

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

Gratos pela sua colaboração e disponibilidade prestada.

**A – VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICOS****1- Idade (ID):** \_\_\_\_\_ anos**2- Sexo (SX):**

- Masculino (1)  
 Feminino (2)

**3- Estado Civil (EC):**

- Solteiro (1)  
 Casado (2)  
 Viúvo (3)  
 Divorciado (4)  
 União de facto (5)

**4- Habilitações literárias (HL):**

- Não sabe ler nem escrever (1)  
 Ensino primário (2)  
 Ensino básico (3)  
 Ensino secundário (4)  
 Ensino superior (5)  
 Mestrado (6)

**5- Residência (RS):**

- Aldeia (1)  
 Vila (2)  
 Cidade (3)

**6- Situação laboral (SL):**

- Empregado (1)  
 Desempregado (2)  
 Baixa médica (3)  
 Reformado (4)

**6-a Profissão (PR):**

\_\_\_\_\_

**7- Rendimento bruto mensal (RM):**

- Inferior a 485 € (1)  
 Entre 485 a 970 € (2)  
 Entre 970 a 1455 € (3)  
 Superior 1455 a 1940 € (4)  
 Superior a 1940 € (5)

**8- Com quem vive:**

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

**B – ESTILOS DE VIDA****1- Medidas antropométricas:**

Peso \_\_\_\_\_ Kg (PESO)  
 Altura \_\_\_\_\_ cm (AL)

**2- Costuma ingerir bebidas alcoólicas? (IBAL)**

- Não (1)  
 Sim (2)

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

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

**2b- Com que frequência ingere bebidas alcoólicas?**

- Raramente (2)  
 Só nas festas (3)  
 Ao fim de semana (4)  
 Todos os dias (5)

**3- Costuma fumar habitualmente? (FHAB)**

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

**4- Pratica exercício físico? (PEF)**

- Sim (1)  
 Não (2)

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

- 6-7 vezes por semana (1)  
 4-5 vezes por semana (2)  
 2-3 vezes por semana (3)  
 1 vez por semana (4)  
 Menos de uma vez por semana (5)

**4b- Duração de cada sessão (DEF)**

- Mais de 45 minutos (1)  
 35-45 minutos (2)  
 25-35 minutos (3)  
 15-25 minutos (4)  
 5-15 minutos (5)  
 Menos de 5 minutos (6)

**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)

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

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

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

- Não (1)  
 Sim (2)

**C – VARIÁVEIS RELACIONADAS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

<p><b>1- Distância do domicílio ao Hospital / Centro de Saúde</b> _____ Km (DDH)</p> <p><b>1a- Tem dificuldade em se deslocar ao local da sua consulta? (DIF)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, porque a distância é grande para ir a pé (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, porque tem afazeres domésticos (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, devido ao custo financeiro do transporte (4)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, porque necessita de acompanhante (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, porque não pode faltar ao trabalho (6)</p> <p><b>2- Qual é o seu acompanhamento médico para a doença cardíaca? (AMED)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Médico de família (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Médico particular (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiologista do Hospital (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Medicina Intensiva do Hospital (4)</p> <p><input type="checkbox"/> Medicina Interna do Hospital (5)</p> <p><b>3- Qual a periodicidade das consultas (relacionadas com a doença)? (PC)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mensal (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Trimestral (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Semestral (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Anual (4)</p>	<p><b>4- Quanto ao número de consultas, considera que: (NC)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Está adequado (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Deveria ter mais consultas (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Deveria ter menos (3)</p> <p><b>5- Frequenta as consultas quando são marcadas? (FC)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sempre (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Quando sente necessidade (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente (3)</p> <p><b>6- Frequenta um programa de Reabilitação Cardíaca? (FPRC)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>7- Qual o profissional de saúde lhe dá informações acerca da sua doença cardíaca e seu tratamento? (PINF)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Médico (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeiro (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Farmacêutico (3)</p>
--	---

**D – VARIÁVEIS CLÍNICAS**

<p><b>1- Qual a Doença Cardíaca Isquémica que lhe foi diagnosticada? (DCD)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Enfarte Agudo do Miocárdio (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Angina de Peito Instável (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfarte Agudo do Miocárdio e Angina de Peito instável (3)</p> <p><b>2- Há quanto tempo ocorreu o 1º Episódio de Doença Cardíaca Isquémica? (TDDC1)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Menos de ½ ano (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre ½ ano e menos de 1 ano (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 2 anos (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 2 anos e menos de 3 anos (4)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 3 anos e menos de 4 anos (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 4 anos e menos de 5 anos (6)</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 5 anos (7)</p> <p><b>3- Já teve mais internamentos/episódios de DCI? (EPIS)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mais 1 (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, mais 2 (3)</p> <p><b>3a- Há quanto tempo ocorreu o 2º Episódio? (TDDC2)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Menos de ½ ano (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre ½ ano e menos de 1 ano (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 2 anos (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 2 anos e menos de 3 anos (4)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 3 anos e menos de 4 anos (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 4 anos e menos de 5 anos (6)</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 5 anos (7)</p> <p><b>3b- Há quanto tempo ocorreu o 3º Episódio? (TDDC3)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Menos de ½ ano (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre ½ ano e menos de 1 ano (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 2 anos (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 2 anos e menos de 3 anos (4)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 3 anos e menos de 4 anos (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 4 anos e menos de 5 anos (6)</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 5 anos (7)</p>	<p><b>4- Sofre de outras doenças? (OD)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2) <b>Se sim, quais?</b></p> <p><b>4a- HTA (HTA)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>4b- Diabetes (DIA)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>4c- Hiperdislipidemia (HDL)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>4d- AVC (AVC)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>4e- Outras (OUT)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>5- Tem algum familiar com Doença Cardíaca Isquémica? (FDC)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2) <b>Se sim, qual o parentesco?</b></p> <p><b>5a- Pai (PAI)</b>                      <b>5b- Mãe (MAEI)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)                              <input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)                                <input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>5c- Irmão/Irmã (IRMÃOS)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>5d- Avô/Avó (AVÓS)</b>              <b>5e- Tios (TIOS)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)                                <input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)                                 <input type="checkbox"/> Sim (2)</p>
--	--

**6- Responda de acordo com a sua limitação física relacionada com a Doença Cardíaca Isquémica**  
(selecione apenas uma afirmação) (LF)

- Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em atividades rotineiras (1)
- Limitação física para atividades quotidianas (andar rápido, subir escadas, carregar compras) (2)
- Acentuada limitação física para atividades 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)

<b>E – VARIÁVEIS RELACIONADAS COM A TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA</b>	
<p><b>1- Toma habitualmente medicação para a Doença Cardíaca Isquémica? (MDC)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>Se sim, quais?</b></p> <p><b>1a- Estatinas (ES)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>1b- Anti-agregantes plaquetários (AAP)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>1c- Beta-bloqueantes (BB)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>1d- IECAS (IECAS)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>2- Toma outros medicamentos para outras doenças? (OM)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>3- Há quanto tempo toma essa medicação para a Doença Cardíaca Isquémica? (TM)</b></p> <p>_____ Anos</p> <p><b>4- Número total de comprimidos que toma por dia (NTC)</b></p> <p>_____ Comprimidos</p>	<p><b>5- Considera excessivo o número de comprimidos que tem de tomar por dia? (NEC)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>6- Acha o seu esquema terapêutico muito complicado? (ETC)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>7- Alguma vez interrompeu a prescrição terapêutica por iniciativa própria? (IMP)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2)</p> <p><b>7a- Por que motivo? (M)</b></p> <p>_____</p> <p><b>8- Quanto costuma gastar mensalmente com a medicação? (GMM)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sem custos (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 1 a 40 € (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 41 a 80 € (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 81 € (4)</p> <p><b>9- Apresentou algum efeito indesejado com a medicação? (EIM)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Não (2)</p> <p><b>9a- Se sim, quais?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Palpitações (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Fraqueza/Fadiga (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Cefaleias (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Náuseas (4)</p> <p><input type="checkbox"/> Impotência/Frigidez (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Equimoses (6)</p> <p><input type="checkbox"/> Alterações intestinais (7)</p> <p><input type="checkbox"/> Alergias (8)</p>



**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. Quando iniciei a medicação para a doença cardíaca foi-me explicado porque é importante tomar a medicação exatamente como planeado (horários, doses, etc.) (RDP1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Na relação com os profissionais de saúde valorizo uma comunicação clara e compreensível que me permita conhecer a doença e tratamento (RDP2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Foram-me respondidas todas as questões que me preocupam (RDP3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foi-me dado um plano detalhado sobre a forma como devo tomar os medicamentos (horários, doses, etc.) (RDP4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Os objetivos dos exames e tratamentos foram-me devidamente explicados (RDP5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tenho falta de confiança nos profissionais de saúde (RDP6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento em relação aos medicamentos que tomo (RDP7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. As minhas dificuldades em seguir o tratamento tal com planeado não foram ouvidas (RDP8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Foram-me explicadas as vantagens do tratamento (RDP 9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Não me foi explicada a forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos (RDP10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. As minhas dificuldades e preocupações relativamente ao tratamento planeado foram compreendidas pelos profissionais de saúde (RDP11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não fui motivado para seguir o tratamento prescrito (RDP12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fui tratado atenciosamente e de forma personalizada (RDP13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fui esclarecido sobre as medidas a tomar caso falha-se uma toma/dose de medicação (RDP14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. O profissional de saúde não teve em conta a minha opinião relativamente à globalidade do tratamento (RDP15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Durante a consulta não presto a atenção devida quando me explicam os tratamentos (RDP16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para ouvir as minhas preocupações e dificuldades (RDP17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Entendi as vantagens do tratamento (RDP18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Foram-me transmitidos os riscos que posso correr se não tomar a medicação tal como planeado (RDP19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para esclarecerem as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento (RDP20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. As informações que me foram dadas acerca da doença e tratamento foram transmitidas numa linguagem perceptível e clara (RDP21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Foi-me explicado detalhadamente para que serve cada medicamento que tomo (RDP22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sinto que os profissionais de saúde estão disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento (RDP23)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### **APÊNDICE III – Operacionalização das variáveis sociodemográficas**

#### **Idade**

Definida Pelo INE (1994) como o intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos, salvo se tratar de crianças com menos de 1 ano, devendo nestes casos ser expressa em meses, semanas ou dias completos.

Esta variável foi medida por uma questão aberta, tendo sido considerada a idade dos participantes no dia da avaliação. Na análise descritiva foi operacionalizada em classes numa amplitude de variação de 10 anos, a fim de permitir uma melhor apresentação e análise. (45-55 anos, 56-65 anos, 66-75 anos, 76-85 anos, 86-95 anos).

#### **Sexo**

Entende-se por sexo o conjunto de características físicas e funcionais que distinguem o homem da mulher. (DLP, 2011). Esta variável foi mensurada através de uma questão fechada e foi operacionalizada como nominal dicotômica, possuindo apenas duas categorias: Masculino e Feminino.

#### **Estado civil**

Segundo o INE (2003a), estado civil traduz a “situação jurídica da pessoa composta pelo conjunto das qualidades definidoras do seu estado pessoal face às relações familiares, que constam obrigatoriamente do registo civil”. Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada e operacionalizada como uma variável nominal de 5 níveis (solteiro, casado, viúvo, divorciado e união de facto).

#### **Habilitações literárias**

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

### **Residência**

Definida pelo INE (2002a) pelo “alojamento que constitui a residência de pelo menos um agregado familiar durante a maior parte do ano, ou para onde um agregado tenha transferido a totalidade ou maior parte dos seus haveres”, esta variável foi avaliada através de uma questão fechada com 3 tipos de resposta: aldeia, vila e cidade.

### **Situação profissional**

A situação profissional da nossa amostra foi avaliada através de uma questão fechada e tratada como uma variável nominal com 4 opções de escolha. Na análise estatística foi operacionalizada em: empregado, desempregado, baixa médica e reformado.

### **Profissão**

O INE (2000) considera que profissão é o “ofício ou modalidade de trabalho, remunerado ou não, a que corresponde um determinado título ou designação profissional, constituído por um conjunto de tarefas que concorrem para a mesma finalidade e que pressupõem conhecimentos semelhantes”. Esta variável foi medida através de uma pergunta aberta a fim de conhecer a profissão. Posteriormente, procedemos à recodificação da mesma em grupos profissionais segundo a Classificação Nacional de Profissões (IEFP, s/d).

Os grupos profissionais que considerados foram:

- Grupo 1 - Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa
- Grupo 3 - Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio
- Grupo 4 - Pessoal Administrativo e Similares
- Grupo 5 - Pessoal dos Serviços e Vendedores
- Grupo 8 - Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem
- Grupo 9 - Trabalhadores Não Qualificados

Foram excluídos os restantes grupos profissionais considerados pelo Instituto do emprego e Formação Profissional devido à inexistência de indivíduos na nossa amostra que neles se incluíssem.

### **Rendimento mensal**

Considera-se rendimento mensal, o montante em dinheiro ou em géneros que é pago aos trabalhadores que se incluem no conceito de "pessoal ao serviço", pelas horas de trabalho efetuadas ou pelo trabalho realizado no período normal e no extraordinário (INE 2002b). Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada, com 5 possibilidades de resposta: menos de 485 euros, entre 485 e 970 euros, entre 970 e 1455 euros, entre 1455 e 1940 euros e mais de 1940 euros.

### **Coabitação**

Entende-se por coabitação a situação das pessoas que vivem em comum. (DLP, 2011). Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta "Com quem vive" e para a sua operacionalização consideramos: "Sozinho", "Com o conjugue", "Com os filhos e conjugue", "Com os filhos" e "Família alargada".



## APÊNDICE IV – Operacionalização das variáveis referentes aos estilos de vida

### Estilos de vida

Estilo de vida é um conceito amplo que engloba a pessoa como um todo e em todos os aspetos da sua atividade, os quais se combinam para influenciar todas as dimensões que compõem o conceito de saúde física, mental, social, emocional e espiritual, e traduzem-se por níveis de “satisfação, de bem-estar, competência, capacitação, aceitação social e qualidade de vida” (RAPLEY, 2003).

A Direção Geral de Saúde, considera estilos de vida saudáveis, as formas de vida, baseadas em padrões identificáveis de comportamentos que contribuem para promover a saúde e prevenir a doença (PORTUGAL, 2007d).

A operacionalização desta variável foi efetuada através da fusão de vários fatores como o consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares e stress.

A OMS (2005) considera bebida alcoólica qualquer líquido que contenha etanol e que se destine ao consumo. À escala mundial, menos de metade da população adulta consome álcool, sendo este responsável por 1,8 milhões de mortes (3,2% do total) em todo o mundo (OMS, 2005).

Em 2003, segundo dados publicados no World Drink Trends (2005), Portugal ocupava o 8.º lugar do consumo mundial, com um consumo estimado de cerca de 9,6 litros de etanol *percapita*, o que corresponde ao consumo acumulado de 58,7 litros de cerveja, 42 litros de vinho e cerca de 3,3 litros de bebidas destiladas. Tendo em conta os inquéritos nacionais, o consumo de bebidas alcoólicas aumentou de 50,4% em 1998/1999 para 53,8% em 2005/2006. Este aumento foi mais notório no género feminino (de 37,3% para 42,3%) do que no masculino (de 64,4% para 66,0%).

Segundo a OMS (2005) o consumo regular de bebidas alcoólicas em quantidades superiores a 2 a 3 bebidas/dia para o homem e 1 a 2 bebidas/dia para a mulher aumenta a probabilidade de sofrer de doenças diversas, entre as quais se contam as dos aparelhos digestivo e cardiovascular, doenças neurológicas, neoplasias digestivas e da mama e ainda transtornos psiquiátricos. Além dos problemas relacionados com a saúde dos indivíduos consumidores, o consumo abusivo de álcool encontra-se diretamente relacionado com a violência familiar, o absentismo laboral e escolar e os acidentes de viação e de trabalho pelo que, é considerado como um problema de saúde pública que é urgente atenuar (PORTUGAL, 2001).

Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool, o que corresponde a uma unidade bebida padrão com cerca de 10 a 12 gramas de álcool puro. (PORTUGAL, 2001). Para a operacionalização da variável “quantidade de bebidas alcoólicas que bebe” foi utilizada esta unidade de medida.

A OMS considera que não se devem fazer consumos que ultrapassem 20 gramas de álcool (2 unidades/dia) e de preferência estar pelo menos dois dias por semana sem beber qualquer bebida alcoólica. (PORTUGAL, 2001).

Utilizando as variáveis do questionário “costuma ingerir bebidas alcoólicas”, “habitualmente com que frequência ingere bebidas alcoólicas” e “qual a quantidade de bebidas alcoólicas que bebe”, determinamos um índice numérico de consumo baseado nos critérios empíricos que a seguir se apresentam:

**Tabela 1 – Índice de ingestão de bebidas alcoólicas**

ÍNDICE DE INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	COTAÇÃO
<b>Costuma ingerir bebidas alcoólicas</b>	
Não	1
Sim	2
<b>Qual a quantidade de bebidas que ingere habitualmente</b>	
Nenhuma	1
Sim, 1-2 copos	2
Sim, até 1 litro	3
Sim, até 2 litros	4
Sim, mais de 2 litros	5
<b>Com que frequência ingere bebidas alcoólicas</b>	
Nunca	1
Raramente	2
Só em festas	3
Ao fim de semana	4
Todos os dias	5

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

**Tabagismo** é definido pela OMS (s/d) como o ato voluntário de inalar o fumo do tabaco, independentemente da qualidade, quantidade ou frequência.

O consumo de tabaco é atualmente responsável por cerca de 5 milhões de mortes anuais, constituindo a primeira causa de morbidade e de mortalidade evitáveis nos países desenvolvidos (NUNES, 2006).

As consequências do consumo do tabaco encontram-se atualmente bem definidas, associando-se este a um grande número de doenças, com particular destaque para o cancro em diferentes localizações, para as doenças do aparelho respiratório, para as

doenças cardiovasculares. Contudo, o seu consumo é responsável por cerca de 5 milhões de mortes anuais, constituindo a primeira causa de morbidade e de mortalidade evitáveis nos países desenvolvidos.

Segundo estudos realizados por Richard Doll “Cit por” Nunes (2006), os fumadores perdem em média dez anos de esperança de vida, que podem ser recuperados se o fumador parar de fumar. Embora parar de fumar tenha benefícios em qualquer idade, quanto mais cedo se verificar a cessação tabágica, maiores serão os benefícios e a recuperação de anos de vida. O mesmo autor refere que, o risco de ocorrer um SCA é o dobro do verificado na população não fumadora nas pessoas com mais de sessenta anos, mas, é cerca de cinco vezes maior nas pessoas com menos de cinquenta anos (NUNES 2006).

Também a DGS (2006a) advoga que, os fumadores de mais de um maço de cigarros por dia, têm quatro vezes mais EAM do que os não fumadores. O fumo de apenas um a cinco cigarros por dia aumenta o risco de 40% de EAM. Os não fumadores, quando têm enfartes, têm-nos dez anos mais tarde que os consumidores de tabaco. O tabagismo favorece o aparecimento da Angina de Peito, do Enfarte do Miocárdio e da Doença Arterial Periférica, e pode levar, inclusive, à morte (PORTUGAL, 2006<sup>a</sup>).

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

**Tabela 2 – Índice de Consumo de Tabaco**

INDICE DE CONSUMO DE TABACO	COTAÇÃO
Nunca fumei	1
Já experimentei, mas nunca fui fumador	2
Já fumei mas parei	3
Fumo ocasionalmente	4
Fumo todos os dias menos de 5 cigarros por dia	5
Fumo todos os dias entre 5-10 cigarros por dia	6
Fumo todos os dias mais de 10 cigarros por dia	7

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

A atividade física e os desportos saudáveis são essenciais para a nossa saúde e bem-estar constituindo um dos pilares para um estilo de vida saudável. A evidência científica e a experiência disponível mostram que a prática regular de atividade física regular e o desporto beneficiam, quer fisicamente, quer socialmente, quer mentalmente, toda a população, homens ou mulheres, de todas as idades, sendo os benefícios para a saúde

obtidos através de pelo menos de 30 minutos de atividade física cumulativa moderada, todos os dias. (PORTUGAL, 2007b).

O aumento epidémico e mundial das doenças cardiovasculares encontra-se diretamente relacionado com alterações dos estilos de vida, nomeadamente, com o tabagismo, inatividade física e alimentação não saudável. (PORTUGAL, 2006b)

Estima-se que o sedentarismo seja causador de 1 milhão e 900 mil mortes a nível mundial, sendo responsável por cerca de 22% da doença cardíaca isquémica. O risco de se ter uma doença cardiovascular aumenta 1,5 vezes nos indivíduos que não seguem as recomendações mínimas para a actividade física (PORTUGAL, 2007a)

Portugal é o país da Europa com maior taxa de sedentarismo (EUROPEAN COMMISSION, 2004)

De facto, embora estejam bem descritos os benefícios da atividade física para a qualidade de vida e bem-estar, em Portugal 70% da população é sedentária, com reduzida aptidão física e com excesso de peso, aumentando o risco de aparecimento de doenças cardiovasculares em 1,5 vezes nos indivíduos que não praticam atividade física. (PORTUGAL, 2007a)

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

**Tabela 3 – Índice de Exercício Físico**

ÍNDICE DE EXERCÍCIO FÍSICO	COTAÇÃO
<b>Pratica exercício físico</b>	
Sim	1
Não	2
<b>Quantas vezes</b>	
6-7 vezes por semana	1
4-5 vezes por semana	2
2-3 vezes por semana	3
1 vez por semana	4
<de 1 vez por semana	5
<b>Duração de cada sessão</b>	
Mais de 45 minutos	1
35-45 minutos	2
25-35 minutos	3
15-25 minutos	4
5-15 minutos	5
Menos de 5 minutos	6

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

Os **hábitos alimentares saudáveis** têm por base a ingestão de alimentos que vão de encontro às necessidades orgânicas de nutrientes do nosso organismo (PORTUGAL, 2007b)

Uma alimentação saudável deve ser variada incluindo alimentos de vários grupos alimentares, equilibrada, respeitando o consumo adequado de cada tipo de alimento e suficiente, em quantidades que atendam e respeitem as necessidades de cada pessoa. (PORTUGAL, 2007c).

Relativamente ao número de refeições diárias recomendadas, a DGS (2005b) defende que a ingestão de 5 a 6 refeições diárias, distribuindo-se as mesmas pelo pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, meio da tarde, jantar e ceia se houver necessidade por parte do indivíduo (PORTUGAL, 2005b).

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

Quanto à “frequência de refeições diárias” definimos como 6 o número ideal de refeições diárias. O índice de refeições varia entre o valor mínimo de 6 e o máximo de 24, quanto menor o valor, melhor o estilo de vida relativamente ao número de refeições diárias.

**Tabela 4 – Número de Refeições Diárias**

FREQUÊNCIA DE REFEIÇÕES	COTAÇÃO			
	Todos os dias	4 – 6 dias na semana	1-3 dias na semana	Nunca ou quase nunca
Pequeno-almoço	1	2	3	4
Meio da manhã	1	2	3	4
Almoço	1	2	3	4
Merenda/lanche	1	2	3	4
Jantar	1	2	3	4
Ceia	1	2	3	4

A DGS (2005b) advoga que, ter hábitos alimentares saudáveis não significa fazer uma alimentação restrita ou monótona. Quanto mais variada a alimentação melhor, pois diferentes alimentos contribuem com diferentes nutrientes para as necessidades diárias do organismo. O mesmo autor defende que, as pessoas não necessitam de abdicar dos alimentos menos saudáveis, contudo, é importante que o consumo desses alimentos constitua a exceção e não a regra do seu dia-a-dia alimentar. Os produtos hortícolas, frutos, cereais e leguminosas devem ser os alimentos base da alimentação diária, pois são ricos em fibra, vitaminas e sais minerais para além de que, têm baixo teor de gordura (PORTUGAL, 2005b)

Para a operacionalização da variável “frequência de consumo de alimentos durante uma semana” agrupamos os alimentos em saudáveis (pontuação 1), não saudáveis (pontuação 4) e intermédios (pontuação 2 e 3).

Tabela 5 – Frequência de consumo de Alimentos

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

Tendo em conta que é aconselhável reduzir o consumo de gordura saturada que se encontra principalmente em produtos de origem animal (PORTUGAL, 2005b), os alimentos “ovos e queijo” foram cotados com a pontuação máxima de 3 em “todos os dias” e em “nunca ou quase nunca” pois os malefícios da sua ingestão diária poderão ser semelhantes à sua exclusão da alimentação semanal.

Uma vez que é recomendável dar preferência ao peixe e carnes magras em detrimento de carnes de mamíferos ou outras com maior quantidade de gordura (PORTUGAL, 2005b), as carnes vermelhas foram cotadas com pontuação máxima em “todos os dias”.

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

Podemos definir **stress** como o desgaste que o nosso organismo sofre à medida que nos relacionamos com o meio em contante mudança. Este pode ser benéfico ou prejudicial dependendo da forma como reagimos ao ajuste que temos de fazer a diferentes circunstâncias da vida (PORTUGAL, 2004).

A má gestão do **stress**, tem consequências diretas e indiretas na saúde, sobretudo quando associada a outros fatores de risco como o consumo de tabaco e de álcool e aos maus hábitos alimentares e de atividade física (PORTUGAL, 2004).

Para a obtenção do índice de stress usou-se a questão “ considera que sofre de stress diariamente”.

**Tabela 6 – Índice de Stress**

ÍNDICE DE STRESS	COTAÇÃO
Considera que sofre de stress diariamente	
Não	1
Sim	2

Do somatório dos índices parcelares das subescalas resulta o **valor total dos estilos de vida** que apresenta um valor mínimo de 34 e um valor máximo de 136. De acordo com a tendência de resposta quanto menor for este índice, melhor o estilo de vida. Tendo por base a fórmula (Média +/- 0,25dp) preconizada por Pestana e Gageiro (2005) efetuar-se-ão grupos extremos através da seguinte fórmula: [valor médio  $\pm$  0,25 x desvio padrão], que permitirão a seguinte classificação:

**Quadro 2 – Fórmula aplicada aos estilos de vida**

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



## **APÊNDICE V – Operacionalização das variáveis referentes aos serviços de saúde**

### **Acessibilidade aos Serviços de Saúde**

A OMS em 2004, definiu acesso aos serviços de saúde como a possibilidade que os indivíduos têm de obter cuidados de saúde apropriados às suas necessidades, de modo a alcançarem ganhos em saúde. A acessibilidade pode ser influenciada por diferentes tipos de fatores: financeiros (insuficientes recursos financeiros), geográficos (ex.: distância que têm de percorrer para terem acesso a cuidados), organizacionais (má distribuição e/ou falta de profissionais de saúde), sociológicos (discriminação, barreiras linguísticas, etc.) e também culturais (OPSS, s/d).

A melhoria do acesso aos cuidados de saúde continua a ser uma expectativa legítima e importante para uma parte substancial da população portuguesa. Num estudo realizado em 2001 por Cabral e Mendes, estima-se que cerca de 51% dos inquiridos não conseguem consulta no mesmo dia e destes 54% têm de esperar mais do que duas semanas. O tempo de espera entre a consulta com o médico de família e a consulta no hospital (excetuando as emergências) foi de mais de um mês para 48% dos inquiridos (CABRAL; SILVA; MENDES, 2001)

A variável “acessibilidade aos serviços de saúde” foi apurada através de uma pergunta aberta “qual a distância do domicílio ao hospital/centro de saúde?” e através de duas perguntas fechadas. Relativamente às questões de carácter fechado, “tem dificuldade em se deslocar ao local da sua consulta?”, foram criados os seguintes grupos: “não” e “sim. Seguidamente e para quem respondeu afirmativamente à questão anterior são colocadas as seguintes opções: “sim, porque a distância é grande para ir a pé”; “sim, porque tem afazeres domésticos (casa ou filho); “sim, devido ao custo financeiro do transporte”; “sim, porque necessita de acompanhante”; “sim, porque não pode faltar ao trabalho”.

### **Acompanhamento Médico**

Acompanhamento é definido pelo Dicionário de Língua Portuguesa pelo “ato ou efeito de acompanhar”. (DLP, 2011)

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

### **Periodicidade das consultas**

O Dicionário de Língua Portuguesa (2011) define periodicidade como “relativo a período, que se repete com intervalos regulares, ou apresenta certos fenômenos ou sintomas em horas ou dias certos”.

Aferimos esta variável através da colocação de uma questão aberta. Para tornar mais fácil a sua mensuração foram agrupadas as respostas em mensal, trimestral, semestral e anual.

### **Número de consultas**

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

### **Assiduidade às Consultas**

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

### **Frequência de um programa de Reabilitação Cardíaca**

A reabilitação cardíaca é uma intervenção terapêutica com benefícios comprovados na redução da mortalidade e morbidade e com análises de custo-benefício muito favoráveis, sendo definida pela OMS como “o conjunto de atividades necessárias para assegurar ao doente cardíaco a melhor condição física, mental e social, que lhe permita retomar um lugar o mais normal possível na vida da comunidade”. (FERREIRA, 2008)

Lamentavelmente e apesar dos enormes benefícios resultantes da aplicação da reabilitação cardíaca, tanto na Europa como nos Estados Unidos, a taxa de admissão dos programas de Reabilitação Cardíaca após Enfarte do Miocárdio ainda é muito inferior ao desejável, variando apenas entre 20 e os 50%. (LEON, 2005)

Em Portugal existem apenas 8 centros onde é efetuada Reabilitação Cardíaca e todos eles se situam na área da grande Lisboa e do Grande Porto, sendo este número francamente inferior ao observado nos restantes países da Comunidade Europeia. (FERREIRA, 2008)

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

**Profissional de Saúde que Fornece a Informação**

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



---

## APÊNDICE VI – Operacionalização das variáveis clínicas

### Diagnóstico Médico

Um Síndrome Coronário Agudo pode ser definido como uma situação isquemia do miocárdio, no qual ocorre trombose coronária “in situ” por erosão de uma placa aterosclerótica instável, com obstrução endoluminal súbita e compromisso grave da perfusão ao nível celular. (REANIMA, 2009)

Segundo o Conselho Português de Ressuscitação (2010), o termo síndrome coronária aguda (SCA) engloba três manifestações distintas de doença coronária: enfarte do miocárdio com supra de ST (EM com SST), enfarte do miocárdio sem supra de ST (EM sem SST) e a angina de peito instável (API).

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

### Ano de Diagnóstico da SCA

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

### Número de episódios de SCA

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

### Tempo de ocorrência dos episódios de SCA

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

### **Fatores de Risco**

A avaliação da prevalência e a natureza da falta de adesão à terapêutica são difíceis de definir de forma absoluta, contudo, existe um conjunto considerável de fatores que interagem entre si e que afetam o paciente, contribuindo para uma menor adesão às recomendações sobre o tratamento da sua doença. (CABRAL;SILVA, 2010) A existência de uma ou mais doenças concomitantes é apontada por diversos autores como um forte preditor para a não adesão à terapêutica. (CABRAL;SILVA, 2010); (BUGALHO; CARNEIRO, 2004) e (LEITE;VASCONCELOS, 2003)

Esta variável foi medida através de uma questão fechada e operacionalizada como uma variável nominal dicotômica, com 2 possibilidades de resposta (“não” e “sim”). Perante resposta positiva, o inquirido selecionou uma ou mais das seguintes opções: HTA, diabetes, hiperdislipidemia, AVC e outras doenças.

### **Familiar com Doença Cardíaca**

Em relação ao histórico familiar de doença isquémica, o estudo INTERHEART (2004) demonstrou que há aumento do risco de acordo com a idade que o familiar desenvolveu a doença coronária. O fato de haver história familiar de doença coronária isquémica implica risco relativo. Se apenas um dos pais teve um SCA com 50 anos ou mais, aumenta o risco relativo em 66%. Se a idade for inferior a 50 anos, o risco relativo aumenta para 121% (BROOKES, 2004).

Se ambos os pais desenvolveram um SCA com mais de 50 anos, o risco relativo é de 148%, se um deles teve um SCA com menos de 50 anos, aumenta o risco relativo para 226% (BROOKES, 2004).

### **Obesidade**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde. O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida. Os fatores que determinam este desequilíbrio são complexos e incluem fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais. Este desequilíbrio tende a perpetuar-se, pelo que a obesidade é uma doença crónica. (PORTUGAL, 2007a)

A prevalência da obesidade, a nível mundial, é tão elevada que a OMS considerou esta doença como a epidemia global do século XXI. (PORTUGAL, 2005a). Portugal, é um

dos países europeus com maior prevalência de obesidade infantil: 32% com excesso de peso (idades entre os 7 e os 9 anos), dos quais 11% considerados obesos e mais de 50% da população adulta sofre de excesso de peso. (PORTUGAL, 2007b)

O diagnóstico de pré-obesidade e de obesidade faz-se através do cálculo do IMC, o qual mede a corpulência e se determina dividindo o peso em quilogramas, pela altura em metros elevada ao quadrado. Existe uma boa correlação entre este índice e a massa gorda corporal. (DGS, 2005). Segundo a OMS considera-se que há excesso de peso quando o IMC é  $\geq 25$  e que há obesidade quando o IMC é  $\geq 30$ . O IMC permite, duma forma rápida e simples, dizer se um indivíduo adulto tem baixo peso, peso normal ou excesso de peso, pelo que foi adotado internacionalmente para classificar a obesidade. (PORTUGAL, 2007a)

Na nossa amostra o peso foi aferido através da pesagem em balança modelo “Seca 761” e a altura aferida foi considerado o valor registado no Bilhete de Identidade dos participantes, posteriormente fez-se o cálculo do índice de massa corporal, aplicando para tal a seguinte fórmula:

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

**Tabela 7 – Classificação do IMC**

<b>18,5 &lt; IMC &lt; 24,9</b>	Saudável
<b>25 &lt; IMC &lt; 29,9</b>	Pré-obesidade
<b>30 &lt; IMC &lt; 34,9</b>	Obesidade moderada
<b>35 &lt; IMC &lt; 39,9</b>	Obesidade clínica
<b>IMC &gt; 40</b>	Obesidade mórbida

**Fonte:** World Health Organization – Body Mass Index. [em linha]. (2008). [Consult. 26 de Agosto de 2011]. Disponível em WWW:< URL:[http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)>.

### **Perceção do tipo de alimentação**

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

### **Limitação Física**

Com o objetivo de estimar a “limitação física”, utilizamos o sistema de classificação funcional definido pela New York Heart Association (NYHA), o qual proporciona um meio simples de classificar a extensão da insuficiência cardíaca. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1994).

Esta variável foi operacionalizada através de uma questão fechada com 5 tipos de resposta: “Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em atividades rotineiras,” “Limitação física para atividades quotidianas (andar rápido, subir escadas, carregar compras) ”, “Acentuada limitação física para atividades simples (tomar banho, se vestir, higiene pessoal) ”, “Confortável somente no repouso” e “Severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso”.

---

## **APÊNDICE VII – Operacionalização das variáveis referentes à Terapêutica Farmacológica.**

### **Medicação Habitual**

A utilização de fármacos específicos em doentes que sofreram um Enfarte Agudo do Miocárdio está baseada em evidências científicas relacionadas a aspetos fundamentais, incluindo a própria ocorrência do evento trombótico agudo e a prevenção de novos eventos cardiovasculares maiores. Essa farmacoterapia pós-hospitalar representa um item extremamente relevante das estratégias de prevenção secundária. De fato, a implementação de uma terapêutica adequada associada a estilos de vida saudáveis, tem sido responsável por cerca de 50% da redução na taxa de mortalidade por doença arterial coronária nas últimas décadas. (PIEGAS et al., 2009)

Todas as recomendações atuais advogam a terapêutica de combinação com quatro classes principais de fármacos na prevenção secundária da doença cardiovascular: antiagregantes plaquetários,  $\beta$ -bloqueadores, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e agentes hipolipemiantes como as Estatinas. (BASSAND et al., 2007; CHAIRPERSON, et al., 2008; REANIMA, 2009; MACEDO; ROSA, 2010).

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

### **Tempo de toma da medicação**

Klein e Gonçalves (2005), advogam que, entre outros fatores, as características do regime terapêutico e da doença parecem contribuir de forma decisiva para a baixa adesão considerando relevante a duração e a complexidade do tratamento.

Cabral e Silva (2010), defendem que os doentes apresentam níveis de adesão superiores quando os tratamentos são de curta duração e quando não obrigam a alterações significativas nas rotinas quotidiana

Para avaliar esta variável foi realizada uma pergunta aberta e posteriormente, elaboradas classes, baseadas em intervalos de anos: “menos de meio ano”, “entre meio ano

e menos de 1 ano”, “entre 1 ano e menos de 2 anos”, “entre 2 anos e menos de 3 anos”, “entre 3 anos e menos de 4 anos”, “entre 4 anos e menos de 5 anos” e “ mais de 5 anos”.

### **Número de comprimidos/dia**

A prescrição em simultâneo de múltiplos medicamentos, assim como muitas tomas diárias ou dosagens elevadas, podem igualmente contribuir para um menor comprometimento com o tratamento. (CABRAL;SILVA, 2010)

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

### **Esquema terapêutico complicado**

Cabral e Silva (2010) advogam que, os doentes apresentam níveis de adesão superiores quando os tratamentos são simples de aplicar e as indicações fáceis de entender.

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

### **Interrupção da medicação**

Um dos principais problemas que o sistema de saúde enfrenta é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde. A não adesão aos tratamentos constitui provavelmente a mais importante causa de insucesso das terapêuticas, introduzindo disfunções no sistema de saúde através do aumento da morbilidade e da mortalidade (MACHADO, 2009).

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada (“alguma vez interrompeu a prescrição terapêutica por iniciativa própria?”) com duas possibilidades de resposta (“sim” e “não”).

### **Custo Mensal da medicação**

Os fatores socioeconómicos têm sido referidos como preditores muito 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 efetiva adesão terapêutica (CABRAL;SILVA, 2010).

Esta variável foi mensurada através da colocação de uma questão fechada com sete opções de resposta: “sem custos”, “entre 1 e 40 euros”, “entre 41 e 80 euros”, e “mais de 81 euros”.

### **Efeito indesejado da medicação**

Os efeitos secundários podem contribuir igualmente para limitar o grau de adesão, diminuindo o incumprimento quando a terapêutica seguida tem poucos efeitos secundários negativos (KLEIN;GONÇALVES, 2005) e (CABRAL;SILVA, 2010).

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



## APÊNDICE VIII – Operacionalização da variável relação doente/profissional de saúde

### Relacionamento com o Profissional de Saúde

O estabelecimento de uma relação vinculativa entre profissionais de saúde e doentes assume uma importância crítica e estratégica porque pode influenciar significativamente a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental. (TEIXEIRA, 2004)

Esta variável foi avaliada através da aplicação de um escala, com a qual pretendemos mensurar o nível de relação entre os doentes e os profissionais de saúde. A escala referida foi desenvolvida pelos autores deste estudo e elaborada tendo em conta um estudo realizado por Cabral e Silva, (2010) denominado a “Adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população Portuguesa perante as prescrições médicas”.

Após estudo psicométrico da escala inicial, obtivemos um questionário com 23 questões agrupadas em três dimensões (informação, capacidades comunicacionais e atitudes).

A primeira dimensão *Informação (I)* pretende avaliar o nível de informação do doente relativamente à sua doença e tratamento e inclui 9 itens (1,4,5,14,18,19,21,22,23). A segunda dimensão *Capacidades Comunicacionais (CC)*, tem como objetivo mensurar as habilidades de comunicação dos profissionais de saúde para com os doentes e é composta por 8 itens (2,3,7,9,11,13,17,20). Com a terceira e última dimensão apelidada de *Atitudes (AT)* pretende-se mensurar as atitudes dos profissionais de saúde para com os doentes (motivação para o tratamento, esclarecimento de dúvidas e receios, confiança) e inclui 6 itens (6,8,10,12,15,16).

O formato dos itens do questionário só permitia uma alternativa de resposta, onde o sujeito tinha que se posicionar numa escala de Likert de cinco pontos. Deste modo o formato do tipo de resposta variava entre: concordo totalmente; concordo; nem concordo nem discordo; discordo; discordo totalmente. A chave da cotação variava entre 5, 4, 3, 2, 1.

A chave de cotação manteve-se, sendo que todos os itens são cotados da esquerda para a direita com 5, 4, 3, 2, 1, pois trata-se de uma escala tipo Likert, com exceção para os itens invertidos (9,12, 14,17,20,21). Considerou-se que quanto mais alta fosse a pontuação nas dimensões consideradas, mais elevado seria o nível de informação;

melhores as capacidades comunicacionais dos profissionais de saúde e melhores as atitudes para com os doentes.

O valor total da escala resulta da soma dos itens, podendo variar de 23 a 115. A nota mais alta corresponde uma perceção de maior relação. A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens pertencentes a cada dimensão ou subescala.

Para efetuarmos a classificação da relação foram efetuados grupos de corte tendo por base a fórmula (Média  $\pm$  0.25 dp) preconizada por Pestana e Gageiro (2005). Categorizámos em três categorias a Relação Doente/Profissional de Saúde, Boa Relação, Razoável Relação e Má Relação:

**Quadro 3 – Fórmula aplicada à escala RDP**

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

## APÊNDICE IX – Operacionalização da variável adesão aos tratamentos farmacológicos

### Adesão ao Regime Terapêutico

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

Para cada questão, seguem-se respostas do tipo Likert, com as suas respectivas pontuações – sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3), às vezes (4), raramente (5) e nunca (6). Após a obtenção dos dados, as respostas de cada questão do MAT foram somadas e divididas pelo número total de questões. Valores mais elevados significam maior nível de adesão.

Para quantificarmos a variável adesão à terapêutica utilizamos novamente o grupo extremos, supracitado. Categorizámos em três categorias a adesão à terapêutica Baixa Adesão, Razoável Adesão e Boa Adesão.

**Quadro 4 – Fórmula aplicada à MAT**

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



## APÊNDICE X – Quadros representativos do estudo psicométrico da escala relação doente/profissional de saúde

**Quadro 5 – Consistência interna da escala relação doente/profissional de saúde**

Itens RDP	Médias	Desvio Padrão	r
1 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo atenção personalizada	4,76	0,589	0,277
2 – Quando iniciei a medicação para a doença cardíaca foi-me explicado porque é importante tomar a medicação exatamente como planeado (horários, doses, etc.)	4,28	0,890	0,533
3 – Não me foi dado o tempo que necessitava para a consulta	3,35	1,319	0,297
4 – Tenho receio em fazer perguntas e pedir esclarecimentos	3,50	1,319	0,324
5 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo uma comunicação clara e compreensível que me permita conhecer a doença e tratamento	4,66	0,579	0,394
6 – Foram-me respondidas todas as questões que me preocupam	3,89	1,070	0,580
7 – Foi-me dado um plano detalhado sobre a forma como devo tomar os medicamentos (horários, doses, etc.)	4,08	1,033	0,462
8 – Os objetivos dos exames e tratamento foram-me devidamente explicados	3,85	1,159	0,513
9 – Tenho falta de confiança nos profissionais de saúde	3,99	1,267	0,488
10 – Foram-me colocadas várias opções de tratamento de forma a poder escolher a que melhor se adapta a mim	2,61	1,328	0,202
11 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento em relação aos medicamentos que tomo	4,36	0,896	0,464
12 – As minhas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado não foram ouvidas	3,37	1,277	0,572
13 – Foram-me explicadas as vantagens do tratamento	3,64	1,171	0,439
14 – Não me foi explicada a forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos	3,17	1,354	0,394
15 – As minhas dificuldades e preocupações relativamente ao tratamento planeado foram compreendidas pelos profissionais de saúde	3,44	1,147	0,442
16 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento relativamente aos efeitos secundários dos tratamentos	4,14	1,027	0,244
17 – Não fui motivado para seguir o tratamento prescrito	3,38	1,348	0,394
18 – Fui tratado atenciosamente e de forma personalizada	4,37	0,844	0,509
19 – Fui esclarecido sobre as medidas a tomar caso falha-se uma toma/dose de medicação	3,63	1,195	0,449
20 – O profissional de saúde não teve em conta a minha opinião relativamente à globalidade do tratamento	3,31	1,187	0,358
21 – Durante a consulta não presto a atenção devida quando me explicam os tratamentos	3,82	1,085	0,320
22 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para ouvir as minhas preocupações e dificuldades	4,37	0,887	0,481
23 – Entendi as vantagens do tratamento	4,26	0,762	0,446
24 – Foram-me transmitidos os riscos que posso correr se não tomar a medicação tal como planeado	3,99	1,036	0,482
25 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para esclarecerem as minhas dúvidas, relativamente à minha doença e tratamento	4,55	0,600	0,330
26 – As informações que me foram dadas acerca da doença e tratamento foram transmitidas numa linguagem perceptível e clara	4,04	0,856	0,501
27 – Foi-me explicado detalhadamente para que serve cada medicamento que tomo	3,46	1,202	0,406
28 – Sinto que os profissionais de saúde estão disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento	4,09	0,863	0,420
<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>Número de Itens</b>		
<b>0,839</b>	<b>28</b>		

**Quadro 6 – Consistência interna da escala relação doente/profissional de saúde com exclusão do item RDP10**

Itens RDP	Médias	Desvio Padrão	r
1 - Na relação com os profissionais de saúde valorizo atenção personalizada	4,76	0,589	0,263
2 – Quando iniciei a medicação para a doença cardíaca foi-me explicado porque é importante tomar a medicação exatamente como planeado (horários, doses, etc.)	4,28	0,890	0,530
3 – Não me foi dado o tempo que necessitava para a consulta	3,35	1,319	0,311
4 – Tenho receio em fazer perguntas e pedir esclarecimentos	3,50	1,319	0,326
5 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo uma comunicação clara e compreensível que me permita conhecer a doença e tratamento	4,66	0,579	0,394
6 – Foram-me respondidas todas as questões que me preocupam	3,89	1,070	0,578
7 – Foi-me dado um plano detalhado sobre a forma como devo tomar os medicamentos (horários, doses, etc.)	4,08	1,033	0,440
8 – Os objetivos dos exames e tratamento foram-me devidamente explicados	3,85	1,159	0,481
9 – Tenho falta de confiança nos profissionais de saúde	3,99	1,267	0,510
11 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento em relação aos medicamentos que tomo	4,36	0,896	0,486
12 – As minhas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado não foram ouvidas	3,37	1,277	0,592
13 – Foram-me explicadas as vantagens do tratamento	3,64	1,171	0,453
14 – Não me foi explicada a forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos	3,17	1,354	0,422
15 – As minhas dificuldades e preocupações relativamente ao tratamento planeado foram compreendidas pelos profissionais de saúde	3,44	1,147	0,408
16 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento relativamente aos efeitos secundários dos tratamentos	4,14	1,027	0,260
17 – Não fui motivado para seguir o tratamento prescrito	3,38	1,348	0,596
18 – Fui tratado atenciosamente e de forma personalizada	4,37	0,844	0,519
19 – Fui esclarecido sobre as medidas a tomar caso falha-se uma toma/dose de medicação	3,63	1,195	0,441
20 – O profissional de saúde não teve em conta a minha opinião relativamente à globalidade do tratamento	3,31	1,187	0,355
21 – Durante a consulta não presto a atenção devida quando me explicam os tratamentos	3,82	1,085	0,343
22 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para ouvir as minhas preocupações e dificuldades	4,37	0,887	0,485
23 – Entendi as vantagens do tratamento	4,26	0,762	0,459
24 – Foram-me transmitidos os riscos que posso correr se não tomar a medicação tal como planeado	3,99	1,036	0,462
25 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para esclarecerem as minhas dúvidas, relativamente à minha doença e tratamento	4,55	0,600	0,343
26 – As informações que me foram dadas acerca da doença e tratamento foram transmitidas numa linguagem perceptível e clara	4,04	0,856	0,495
27 – Foi-me explicado detalhadamente para que serve cada medicamento que tomo	3,46	1,202	0,380
28 – Sinto que os profissionais de saúde estão disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento	4,09	0,863	0,420
<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>Número de Itens</b>		
<b>0,829</b>	<b>27</b>		

**Quadro 7 – Correlações item/total da escala e respectivos valores de Alpha de Cronbach após primeira depuração**

Itens RDP	Correlação Item/total	Cronbach's Alpha
1 - Na relação com os profissionais de saúde valorizo atenção personalizada	0,217	0,828
2 – Quando iniciei a medicação para a doença cardíaca foi-me explicado porque é importante tomar a medicação exatamente como planeado (horários, doses, etc.)	0,475	0,820
3 – Não me foi dado o tempo que necessitava para a consulta	0,212	0,830
4 – Tenho receio em fazer perguntas e pedir esclarecimentos	0,225	0,830
5 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo uma comunicação clara e compreensível que me permita conhecer a doença e tratamento	0,353	0,825
6 – Foram-me respondidas todas as questões que me preocupam	0,515	0,817
7 – Foi-me dado um plano detalhado sobre a forma como devo tomar os medicamentos (horários, doses, etc.)	0,368	0,823
8 – Os objetivos dos exames e tratamento foram-me devidamente explicados	0,404	0,822
9 – Tenho falta de confiança nos profissionais de saúde	0,427	0,821
11 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento em relação aos medicamentos que tomo	0,428	0,821
12 – As minhas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado não foram ouvidas	0,518	0,816
13 – Foram-me explicadas as vantagens do tratamento	0,372	0,823
14 – Não me foi explicada a forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos	0,325	0,826
15 – As minhas dificuldades e preocupações relativamente ao tratamento planeado foram compreendidas pelos profissionais de saúde	0,325	0,825
16 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento relativamente aos efeitos secundários dos tratamentos	0,180	0,830
17 – Não fui motivado para seguir o tratamento prescrito	0,518	0,816
18 – Fui tratado atenciosamente e de forma personalizada	0,466	0,821
19 – Fui esclarecido sobre as medidas a tomar caso falha-se uma toma/dose de medicação	0,357	0,824
20 – O profissional de saúde não teve em conta a minha opinião relativamente à globalidade do tratamento	0,267	0,827
21 – Durante a consulta não presto a atenção devida quando me explicam os tratamentos	0,261	0,827
22 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para ouvir as minhas preocupações e dificuldades	0,426	0,822
23 – Entendi as vantagens do tratamento	0,408	0,823
24 – Foram-me transmitidos os riscos que posso correr se não tomar a medicação tal como planeado	0,392	0,822
25 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para esclarecerem as minhas dúvidas, relativamente à minha doença e tratamento	0,298	0,826
26 – As informações que me foram dadas acerca da doença e tratamento foram transmitidas numa linguagem perceptível e clara	0,440	0,821
27 – Foi-me explicado detalhadamente para que serve cada medicamento que tomo	0,292	0,826
28 – Sinto que os profissionais de saúde estão disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento	0,359	0,824

**Quadro 8 – Consistência interna da escala relação doente/profissionais de saúde com exclusão do item RDP1,RDP3,RDP10 e RDP16**

Itens RDP	Média	Desvio Padrão	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha
2 – Quando iniciei a medicação para a doença cardíaca foi-me explicado porque é importante tomar a medicação exatamente como planeado (horários, doses, etc.)	4,28	0,890	0,481	0,819
4 – Tenho receio em fazer perguntas e pedir esclarecimentos	3,50	1,319	0,220	0,832
5 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo uma comunicação clara e compreensível que me permita conhecer a doença e tratamento	4,66	,579	0,482	0,825
6 – Foram-me respondidas todas as questões que me preocupam	3,89	1,070	0,545	0,817
7 – Foi-me dado um plano detalhado sobre a forma como devo tomar os medicamentos (horários, doses, etc.)	4,08	1,033	0,521	0,823
8 – Os objetivos dos exames e tratamento foram-me devidamente explicados	3,85	1,159	0,567	0,822
9 – Tenho falta de confiança nos profissionais de saúde	3,99	1,267	0,572	0,820
11 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento em relação aos medicamentos que tomo	4,36	0,896	0,536	0,822
12 – As minhas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado não foram ouvidas	3,37	1,277	0,526	0,816
13 – Foram-me explicadas as vantagens do tratamento	3,64	1,171	0,436	0,823
14 – Não me foi explicada a forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos	3,17	1,354	0,495	0,827
15 – As minhas dificuldades e preocupações relativamente ao tratamento planeado foram compreendidas pelos profissionais de saúde	3,44	1,146	0,454	0,825
17 – Não fui motivado para seguir o tratamento prescrito	3,38	1,348	0,626	0,815
18 – Fui tratado atenciosamente e de forma personalizada	4,37	0,844	0,641	0,820
19 – Fui esclarecido sobre as medidas a tomar caso falha-se uma toma/dose de medicação	3,63	1,195	0,457	0,824
20 – O profissional de saúde não teve em conta a minha opinião relativamente à globalidade do tratamento	3,31	1,187	0,452	0,827
21 – Durante a consulta não presto a atenção devida quando me explicam os tratamentos	3,82	1,085	0,366	0,828
22 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para ouvir as minhas preocupações e dificuldades	4,37	0,887	0,705	0,821
23 – Entendi as vantagens do tratamento	4,26	0,762	0,479	0,822
24 – Foram-me transmitidos os riscos que posso correr se não tomar a medicação tal como planeado	3,99	1,036	0,552	0,822
25 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para esclarecerem as minhas dúvidas, relativamente à minha doença e tratamento	4,55	0,600	0,567	0,826
26 – As informações que me foram dadas acerca da doença e tratamento foram transmitidas numa linguagem perceptível e clara	4,04	0,856	0,600	0,821
27 – Foi-me explicado detalhadamente para que serve cada medicamento que tomo	3,46	1,202	0,628	0,826
28 – Sinto que os profissionais de saúde estão disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento	4,09	0,863	0,557	0,823
<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>Número de Itens</b>			
<b>0,829</b>	<b>24</b>			

**Quadro 9 – Correlações item/total da escala e respetivos valores de Alpha de Cronbach após segunda depuração**

Itens RDP	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha
2 – Quando iniciei a medicação para a doença cardíaca foi-me explicado porque é importante tomar a medicação exatamente como planeado (horários, doses, etc.)	0,474	0,819
4 – Tenho receio em fazer perguntas e pedir esclarecimentos	0,189	0,832
5 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo uma comunicação clara e compreensível que me permita conhecer a doença e tratamento	0,333	0,825
6 – Foram-me respondidas todas as questões que me preocupam	0,518	0,817
7 – Foi-me dado um plano detalhado sobre a forma como devo tomar os medicamentos (horários, doses, etc.)	0,372	0,823
8 – Os objetivos dos exames e tratamento foram-me devidamente explicados	0,395	0,822
9 – Tenho falta de confiança nos profissionais de saúde	0,431	0,820
11 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento em relação aos medicamentos que tomo	0,412	0,822
12 – As minhas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado não foram ouvidas	0,512	0,816
13 – Foram-me explicadas as vantagens do tratamento	0,372	0,823
14 – Não me foi explicada a forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos	0,308	0,827
15 – As minhas dificuldades e preocupações relativamente ao tratamento planeado foram compreendidas pelos profissionais de saúde	0,334	0,825
17 – Não fui motivado para seguir o tratamento prescrito	0,524	0,815
18 – Fui tratado atenciosamente e de forma personalizada	0,473	0,820
19 – Fui esclarecido sobre as medidas a tomar caso falha-se uma toma/dose de medicação	0,356	0,824
20 – O profissional de saúde não teve em conta a minha opinião relativamente à globalidade do tratamento	0,290	0,827
21 – Durante a consulta não presto a atenção devida quando me explicam os tratamentos	0,251	0,828
22 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para ouvir as minhas preocupações e dificuldades	0,418	0,821
23 – Entendi as vantagens do tratamento	0,416	0,822
24 – Foram-me transmitidos os riscos que posso correr se não tomar a medicação tal como planeado	0,394	0,822
25 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para esclarecerem as minhas dúvidas, relativamente à minha doença e tratamento	0,288	0,826
26 – As informações que me foram dadas acerca da doença e tratamento foram transmitidas numa linguagem perceptível e clara	0,446	0,821
27 – Foi-me explicado detalhadamente para que serve cada medicamento que tomo	0,303	0,826
28 – Sinto que os profissionais de saúde estão disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento	0,366	0,823

**Quadro 10 – Consistência interna do questionário relação doente/profissional de saúde com exclusão do item RDP1,RDP3,RDP4, RDP10 e RDP16**

Itens RDP	Média	Desvio Padrão	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha
2 – Quando iniciei a medicação para a doença cardíaca foi-me explicado porque é importante tomar a medicação exatamente como planeado (horários, doses, etc.)	4,28	0,890	0,470	0,823
5 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo uma comunicação clara e compreensível que me permita conhecer a doença e tratamento	4,66	0,579	0,337	0,829
6 – Foram-me respondidas todas as questões que me preocupam	3,89	1,070	0,532	0,820
7 – Foi-me dado um plano detalhado sobre a forma como devo tomar os medicamentos (horários, doses, etc.)	4,08	1,033	0,378	0,826
8 – Os objetivos dos exames e tratamento foram-me devidamente explicados	3,85	1,159	0,400	0,825
9 – Tenho falta de confiança nos profissionais de saúde	3,99	1,267	0,417	0,825
11 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento em relação aos medicamentos que tomo	4,36	0,896	0,407	0,825
12 – As minhas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado não foram ouvidas	3,37	1,277	0,506	0,820
13 – Foram-me explicadas as vantagens do tratamento	3,64	1,171	0,382	0,826
14 – Não me foi explicada a forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos	3,17	1,354	0,296	0,832
15 – As minhas dificuldades e preocupações relativamente ao tratamento planeado foram compreendidas pelos profissionais de saúde	3,44	1,146	0,351	0,828
17 – Não fui motivado para seguir o tratamento prescrito	3,38	1,348	0,512	0,820
18 – Fui tratado atenciosamente e de forma personalizada	4,37	0,844	0,489	0,823
19 – Fui esclarecido sobre as medidas a tomar caso falha-se uma toma/dose de medicação	3,63	1,195	0,366	0,827
20 – O profissional de saúde não teve em conta a minha opinião relativamente à globalidade do tratamento	3,31	1,187	0,272	0,831
21 – Durante a consulta não presto a atenção devida quando me explicam os tratamentos	3,82	1,085	0,220	0,833
22 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para ouvir as minhas preocupações e dificuldades	4,37	0,887	0,423	0,825
23 – Entendi as vantagens do tratamento	4,26	0,762	0,418	0,826
24 – Foram-me transmitidos os riscos que posso correr se não tomar a medicação tal como planeado	3,99	1,036	0,404	0,825
25 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para esclarecerem as minhas dúvidas, relativamente à minha doença e tratamento	4,55	0,600	0,303	0,830
26 – As informações que me foram dadas acerca da doença e tratamento foram transmitidas numa linguagem perceptível e clara	4,04	0,856	0,454	0,824
27 – Foi-me explicado detalhadamente para que serve cada medicamento que tomo	3,46	1,202	0,312	0,830
28 – Sinto que os profissionais de saúde estão disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento	4,09	0,863	0,378	0,827
<b>Coefficiente Split-half</b>	Primeira metade=0,757			
	Segunda metade=0,672			
<b>Cronbach's Alpha Global</b>	<b>Número de Itens</b>			
0,832	23			

**Quadro 11 – Testes de verificação da validade da análise fatorial**

Índice de KMO	Esferecidade de Bartlett's
0,743	p=0,000*

\*p&lt;0,01

**Quadro 12 – Fatores identificados na análise fatorial (6 fatores)**

Comunalidade	Fatores	Eigenvalue	%Variância Explicada	%Variância Acumulada
1	1	5,293	23,014	23,014
1	2	3,458	15,034	38,048
1	3	2,129	9,257	47,306
1	4	1,535	6,673	53,978
1	5	1,344	5,844	59,822
1	6	1,217	5,292	65,114

Quadro 13 – Composição de cada fator (6 fatores)

ITENS RDP	FATORES					
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
26 – As informações que me foram dadas acerca da doença e tratamento foram transmitidas numa linguagem perceptível e clara	0,807					
24 – Foram-me transmitidos os riscos que posso correr se não tomar a medicação tal como planeado	0,804					
27 – Foi-me explicado detalhadamente para que serve cada medicamento que tomo	0,737					
23 – Entendi as vantagens do tratamento	0,593					
28 – Sinto que os profissionais de saúde estão disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento	0,556					
20 – O profissional de saúde não teve em conta a minha opinião relativamente à globalidade do tratamento		0,760				
9 – Tenho falta de confiança nos profissionais de saúde		0,716				
12 – As minhas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado não foram ouvidas		0,612				
18 – Fui tratado atenciosamente e de forma personalizada		0,574				
17 – Não fui motivado para seguir o tratamento prescrito		0,542				
25 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para esclarecerem as minhas dúvidas, relativamente à minha doença e tratamento			0,843			
5 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo uma comunicação clara e compreensível que me permita conhecer a doença e tratamento			0,767			
22 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para ouvir as minhas preocupações e dificuldades			0,720			
11 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento em relação aos medicamentos que tomo			0,534			
7 – Foi-me dado um plano detalhado sobre a forma como devo tomar os medicamentos (horários, doses, etc.)				0,837		
15 – As minhas dificuldades e preocupações relativamente ao tratamento planeado foram compreendidas pelos profissionais de saúde				0,699		
8 – Os objetivos dos exames e tratamento foram-me devidamente explicados				0,649		
14 – Não me foi explicada a forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos					0,785	
21 – Durante a consulta não presto a atenção devida quando me explicam os tratamentos					0,648	
19 – Fui esclarecido sobre as medidas a tomar caso falha-se uma toma/dose de medicação					0,519	
2 – Quando iniciei a medicação para a doença cardíaca foi-me explicado porque é importante tomar a medicação exatamente como planeado (horários, doses, etc.)					0,510	
13 – Foram-me explicadas as vantagens do tratamento						0,776
6 – Foram-me respondidas todas as questões que me preocupam						0,419

**Quadro 14 – Fatores identificados na análise fatorial (3 fatores)**

Comunalidade	Fatores	Eigenvalue	%Variância Explicada	%Variância Acumulada
1	1	5,293	23,014	23,014
1	2	3,458	15,034	38,048
1	3	2,129	9,257	47,306

**Quadro 15 – Composição de cada fator (3 fatores)**

ITENS RDP	FATORES		
	F1	F2	F3
27 – Foi-me explicado detalhadamente para que serve cada medicamento que tomo	0,755		
24 – Foram-me transmitidos os riscos que posso correr se não tomar a medicação tal como planeado	0,741		
26 – As informações que me foram dadas acerca da doença e tratamento foram transmitidas numa linguagem perceptível e clara	0,694		
28 – Sinto que os profissionais de saúde estão disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento	0,681		
8 – Os objetivos dos exames e tratamento foram-me devidamente explicados	0,631		
19 – Fui esclarecido sobre as medidas a tomar caso falha-se uma toma/dose de medicação	0,624		
2 – Quando iniciei a medicação para a doença cardíaca foi-me explicado porque é importante tomar a medicação exatamente como planeado (horários, doses, etc.)	0,586		
23 – Entendi as vantagens do tratamento	0,500		
7 – Foi-me dado um plano detalhado sobre a forma como devo tomar os medicamentos (horários, doses, etc.)	0,482		
22 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para ouvir as minhas preocupações e dificuldades		0,868	
18 – Fui tratado atenciosamente e de forma personalizada		0,766	
25 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para esclarecerem as minhas dúvidas, relativamente à minha doença e tratamento		0,661	
6 – Foram-me respondidas todas as questões que me preocupam		0,620	
5 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo uma comunicação clara e compreensível que me permita conhecer a doença e tratamento		0,617	
11 – Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento em relação aos medicamentos que tomo		0,616	
15 – As minhas dificuldades e preocupações relativamente ao tratamento planeado foram compreendidas pelos profissionais de saúde		0,396	
13 – Foram-me explicadas as vantagens do tratamento		0,346	
17 – Não fui motivado para seguir o tratamento prescrito			0,779
9 – Tenho falta de confiança nos profissionais de saúde			0,684
21 – Durante a consulta não presto a atenção devida quando me explicam os tratamentos			0,628
14 – Não me foi explicada a forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos			0,614
12 – As minhas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado não foram ouvidas			0,601
20 – O profissional de saúde não teve em conta a minha opinião relativamente à globalidade do tratamento			0,401

Quadro 16 – Correlações de Pearson e Alpha de Cronbach

	Correlações de Pearson								Alpha de Cronbach
	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Valor Global		
	r	p	r	p	r	p	r	p	
<b>Fator 1</b>	-----	-----	0,262	0,006**	0,197	0,039*	0,720	0,000**	0,823
<b>Fator 2</b>	0,262	0,006**	-----	-----	0,406	0,000**	0,735	0,000**	0,787
<b>Fator 3</b>	0,197	0,039*	0,406	0,000**	-----	-----	0,714	0,000**	0,733
<b>Valor Global</b>	0,720	0,000**	0,735	0,000**	0,714	0,000**	-----	-----	0,832

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

Quadro 17 – Correlação dos itens com a subescala informação

INFORMAÇÃO				
Nº do item	Itens	r	alpha	
2	“Quando iniciei a medicação para a doença cardíaca foi-me explicada a importância de tomar a medicação exatamente como planeado (horário, doses, etc)”	0,637	0,823	
7	“Foi-me dado um plano detalhado sobre a forma como devo tomar os medicamentos (horários, doses, etc)”	0,552	0,826	
8	“Os objetivos dos exames e tratamentos foram-me devidamente explicados”	0,691	0,825	
19	“Fui esclarecido sobre as medidas a tomar caso falha-se uma toma/dose de medicação”	0,646	0,827	
23	“Entendi as vantagens do tratamento”	0,535	0,826	
24	“Foram-me transmitidos os riscos que posso correr se não tomar a medicação tal como planeado”	0,728	0,825	
26	“As informações que me foram dadas acerca da e tratamento foram transmitidas numa linguagem perceptível e clara”	0,681	0,824	
27	“Foi-me explicado detalhadamente para que serve cada medicamento”	0,713	0,830	
28	“ Sinto que os profissionais de saúde estão disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento”	0,632	0,827	
<b>Cronbach´s Alpha</b>			0,823	

Quadro 18 – Correlação dos itens com a subescala capacidades comunicacionais

CAPACIDADES COMUNICACIONAIS				
Nº do item	Itens	r	alpha	
5	“Na relação com os profissionais de saúde valorizo uma comunicação clara e compreensível que me permita conhecer a doença e tratamento”	0,553	0,829	
6	“Foram-me respondidas todas as questões que me preocupam”	0,721	0,820	
11	“Na relação com os profissionais de saúde valorizo o esclarecimento em relação aos medicamentos que tomo”	0,688	0,825	
13	“Foram-me explicadas as vantagens do tratamento”	0,573	0,826	
15	“As minhas dificuldades e preocupações relativamente ao tratamento planeado forma compreendidas pelos profissionais de saúde”	0,539	0,828	
18	“Fui tratado atenciosamente e de forma personalizada”	0,778	0,823	
22	“Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para ouvir as minhas preocupações e dificuldades”	0,803	0,825	
25	“Na relação com os profissionais de saúde valorizo a capacidade dos mesmos para esclarecerem as minhas dúvidas relativamente à minha doença e tratamento”	0,529	0,830	
<b>Cronbach´s Alpha</b>			0,787	

Quadro 19 – Correlação dos itens com a subescala atitudes

ATITUDES			
Nº do item	Itens	r	alpha
9	“Tenho falta de confiança nos profissionais de saúde”	0,728	0,825
12	“As minhas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado não foram ouvidas”	0,679	0,820
14	“Não me foi explicada a forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos”	0,592	0,832
17	“Não fui motivado para seguir o tratamento”	0,792	0,820
20	“O profissional de saúde não teve em conta a minha opinião relativamente à globalidade do tratamento”	0,555	0,831
21	“Durante a consulta não presto a atenção devida quando me explicam os tratamentos”	0,570	0,833
Cronbach’s Alpha			0,733

Quadro 20 – Matriz de correlação de Pearson entre subescalas e a relação doente/profissionais de saúde

	Informação		Capacidades Comunicacionais		Atitudes		Valor Global	
	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>Informação</b>	-----	-----	0,262	0,006**	0,197	0,039*	0,720	0,000**
<b>Capacidades Comunicacionais</b>	0,262	0,006**	-----	-----	0,406	0,000**	0,735	0,000**
<b>Opiniões Negativas</b>	0,197	0,039*	0,406	0,000**	-----	-----	0,714	0,000**
<b>Valor Global</b>	0,720	0,000**	0,735	0,000**	0,714	0,000**	-----	-----

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



---

**APÊNDICE XI – Consentimento informado aos indivíduos investigados**

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

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 XII – Pedido de autorização aos autores para utilização da escala (MAT)**

----- Mensagem encaminhada de Luisa Lima <[Luisa.Lima@iscte.pt](mailto:Luisa.Lima@iscte.pt)> -----  
Data: Thu, 30 Dec 2010 14:19:40 -0000  
De: Luisa Lima <[Luisa.Lima@iscte.pt](mailto:Luisa.Lima@iscte.pt)>  
Responder Para: [Luisa.Lima@iscte.pt](mailto:Luisa.Lima@iscte.pt)  
Assunto: Medida de adesão aos tratamentos  
Para: [anapatriciaaugusto@gmail.com](mailto:anapatriciaaugusto@gmail.com)

Boa tarde Ana,

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

-----Mensagem original-----  
De: [anapatriciaaugusto@gmail.com](mailto:anapatriciaaugusto@gmail.com) [mailto:[anapatriciaaugusto@gmail.com](mailto:anapatriciaaugusto@gmail.com)]  
Enviada: quinta-feira, 30 de Dezembro de 2010 12:50  
Para: [lpl@iscte.pt](mailto:lpl@iscte.pt)  
Assunto: Medida de adesão aos tratamentos

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

Grata pela disponibilidade, Ana Augusto.

Continuação de Boas Festas.



## APÊNDICE XIII – Quadros representativos da análise descritiva

**Quadro 21 – Caracterização dos estilos de vida**

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

Quadro 22 – Classificação dos estilos de vida

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

Quadro 23 – Caracterização relacionada com os serviços de saúde

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

Quadro 24 – Caracterização clínica

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

Quadro 25 – Caracterização relacionada com a terapêutica farmacológica

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

Quadro 26 – Classificação da relação doente/profissional de saúde

Classificação da Relação doente/profissional de saúde I	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
“Má Relação”	33	44,0	15	42,9	48	43,6
“Razoável Relação”	11	14,7	4	11,4	19	13,6
“Boa Relação”	31	41,3	16	34,0	47	42,7

Quadro 27 – Classificação da adesão terapêutica

GRUPO MAT	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
“Baixa adesão”	15	20,0	15	42,9	30	27,3
“Razoável adesão”	15	20,0	6	17,1	21	19,1
“Elevada adesão”	45	60,0	14	40,0	59	53,6

## APÊNDICE XIV – Tabelas representativas da análise descritiva

Tabela 8 – Total estilos de vida

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

\*p<0,01

Tabela 9 – IMC

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

Tabela 10 – Número de comprimidos/dia

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	dp	CV (%)	SK/e	K/e	$\bar{X}_M$	dp	$\bar{X}_F$	dp	t	p
<b>Número de Comprimidos</b>	2	16	7,27	2,7	37,13	3,85	1,45	6,84	2,46	8,2	2,97	-2,351	0,013*

\*p<0,05

Tabela 11 – Relação doente/profissional de saúde

	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	dp	Cv (%)	Sw/e	Kw/e	$\bar{X}_M$	dp	$\bar{X}_F$	dp	t	p
<b>Informação</b>	21	45	35,68	5,86	16,42	-0,60	-1,18	36,20	5,67	34,57	6,16	1,364	0,432
<b>Capacidades Comunicacionais</b>	16	40	33,28	4,68	14,07	-0,18	0,20	33,10	5,084	33,65	3,71	-0,572	0,305
<b>Opiniões Negativas</b>	7	30	21,05	4,94	23,45	-0,52	-15,79	21,00	4,96	21,14	4,94	-0,141	0,949
<b>Valor Global</b>	64	115	90,01	11,19	12,43	1,55	-0,75	11,21	1,29	11,25	1,90	0,407	0,526

Tabela 12 – Medida de adesão ao tratamento

MAT	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Dp	Cv (%)	SK/e	K/e	$\bar{X}_M$	dp	$\bar{X}_F$	dp	t	p
<b>Medida de Adesão ao Tratamento</b>	3,57	6	5,40	0,56	10	-5,03	2,17	5,48	0,52	5,23	0,60	2,15	0,03*

\*p<0,05



## APÊNDICE XV – Quadros representativos da análise inferencial

**Quadro 28 – Teste de normalidade relativo à RDP e à MAT**

	Kolmogorov-Smirnov	p
Informação	0,099	<b>0,010*</b>
Capacidades Comunicacionais	0,156	<b>0,000**</b>
Atitudes	0,081	0,071
Valor Global da RDP	0,062	0,200
MAT	0,173	<b>0,000**</b>

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

**Quadro 29 – Correlação de Pearson entre a variável dependente “informação” e variáveis independentes**

VARIÁVEIS	r	P
Idade	-0,166	0,042*
Índice de Massa Corporal	-0,088	0,181
Total dos Estilos de Vida	0,067	0,243
Distância do domicílio aos Serviços de Saúde	-0,150	0,059
Tempo de Toma da Medicação	0,024	0,401
Número Total de Comprimidos/dia	-0,177	0,032*
Gasto Mensal com a Medicação	-0,042	0,332

\*p <0,05

**Quadro 30 – Regressão múltipla entre a variável dependente “informação” e variáveis independentes**

Variável dependente: <b>Informação</b>					
R = 0,079					
R <sup>2</sup> = 0,281					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,016					
Erro padrão da estimativa = 5,81049					
F=1,253					
p=0,281					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	t	p	
<b>Constante</b>	45,635		5,203	0,000	
<b>Idade</b>	-0,073	-0,122	-1,206	0,230	
<b>Índice de Massa Corporal</b>	-0,106	-0,069	-0,709	0,480	
<b>Total Estilos de Vida</b>	0,006	0,009	0,094	0,926	
<b>Distância domicílio/hospital</b>	-0,123	-0,160	-1,666	0,099	
<b>Tempo de toma medicação</b>	0,083	0,052	0,536	0,593	
<b>Nº Total Comprimidos/dia</b>	-0,339	-0,156	-1,529	0,129	
<b>Gasto Mensal/Medicação</b>	0,039	0,012	0,124	0,901	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	296,165	7	42,309	1,253	0,281
Residual	3443,699	102	33,762		
Total	3739,864	109			

**Quadro 31 – Correlação de Pearson entre a variável dependente “capacidades comunicacionais” e variáveis independentes**

VARIÁVEIS	r	p
IDADE	-0,014	0,443
ÍNDICE DE MASSA CORPORAL	0,025	0,399
TOTAL DOS ESTILOS DE VIDA	0,080	0,204
DISTÂNCIA DOMICÍLIO AO HOSPITAL	-0,022	0,411
TEMPO DE TOMA DA MEDICAÇÃO	-0,099	0,152
NÚMERO TOTAL DE COMPRIMIDOS/DIA	0,217	0,011*
GASTO MENSAL COM A MEDICAÇÃO	0,088	0,181

\*p&lt;0,05

**Quadro 32 – Regressão múltipla entre a variável dependente “capacidades comunicacionais” e variáveis independentes**

Variável dependente: <b>Capacidades Comunicacionais</b>					
R = 0,217					
R <sup>2</sup> = 0,047					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,038					
Erro padrão da estimativa = 4,59					
F=5,347					
p=0,023					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	t	p	
Constante	30,544		24,198	0,000	
Número Total Comprimidos/dia	0,376	0,217	2,312	0,023*	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	112,749	1	112,749	5,347	0,023*
Residual	2277,515	108	21,088		
Total	2390,264	109			

\*p&lt;0,05

**Quadro 33 – Correlação de Pearson entre a variável dependente “atitudes” e variáveis independentes**

VARIÁVEIS	R	p
IDADE	-0,128	0,090
ÍNDICE DE MASSA CORPORAL	-0,001	0,498
TOTAL DOS ESTILOS DE VIDA	0,229	0,008*
DISTÂNCIA DOMICÍLIO AO HOSPITAL	-0,107	0,132
TEMPO DE TOMA DA MEDICAÇÃO	-0,013	0,445
NÚMERO TOTAL DE COMPRIMIDOS/DIA	0,101	0,147
GASTO MENSAL COM A MEDICAÇÃO	0,019	0,420

\*p&lt;0,01

**Quadro 34 – Regressão múltipla entre a variável dependente “atitudes” e variáveis independentes**

Variável dependente: <b>Atitudes</b>					
R = 0,229					
R <sup>2</sup> = 0,052					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,44					
Erro padrão da estimativa = 4,82					
F=5,979					
p=0,016					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	t	p	
Constante	10,749		2,538	0,013	
Total Estilos de Vida	0,129	0,229	2,445	0,016*	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	139,269	1	139,269	5,979	0,016*
Residual	2515,504	108	23,292		
Total	2654,773	109			

\*p&lt;0,05

**Quadro 35 – Correlação de Pearson entre a variável dependente “valor global RDP” e as variáveis independentes**

VARIÁVEIS	R	p
IDADE	-0,149	0,060
ÍNDICE DE MASSA CORPORAL	-0,036	0,355
TOTAL DOS ESTILOS DE VIDA	0,170	0,038*
DISTÂNCIA DOMICÍLIO AO HOSPITAL	-0,135	0,080
TEMPO DE TOMA DA MEDICAÇÃO	-0,035	0,360
NÚMERO TOTAL DE COMPRIMIDOS/DIA	0,043	0,329
GASTO MENSAL COM A MEDICAÇÃO	0,023	0,404

\*p&lt;0,05

**Quadro 36 – Regressão múltipla entre a variável dependente “valor global RDP” e variáveis independentes**

Variável dependente: <b>Valor Global RDP</b> $R = 0,069$ $R^2 = 0,263$ $R^2$ Ajustado = 0,005 Erro padrão da estimativa = 11,15776 $F=1,081$ $p=0,381$					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	T	p	
Constante	82,229		4,886	0,000	
Idade	-0,143	-0,125	-1,236	0,219	
Índice de Massa Corporal	-0,041	-0,014	-0,144	0,886	
Total Estilos de Vida	0,208	0,162	1,614	0,110	
Distância domicílio/hospital	-0,193	-0,132	-1,365	0,175	
Tempo de toma medicação	-0,035	-0,012	-0,119	0,905	
Nº Total Comprimidos/dia	0,378	0,091	0,889	0,376	
Gasto Mensal/Medicação	0,083	0,014	0,138	0,890	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	942,446	7	134,635	1,081	0,381
Residual	12698,545	102	124,496		
Total	13640,991	109			

**Quadro 37 - Associação entre o sexo e a RDP**

Sexo	Masculino N=75	Feminino N=35	UMW	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Informação	57,75	50,67	1143,500	0,277
Capacidades Comunicacionais	55,19	56,17	1289,000	0,880
Atitudes	54,96	56,66	1272,000	0,740
<b>Valor Global RDP</b>	56,37	53,64	1247,500	0,676

U-Mann-Whitney

**Quadro 38 – Associação entre o estado marital e a RDP**

Estado Marital	Sem Companheiro N=23	Com Companheiro N=87	UMW	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Informação	54,93	55,65	987,500	0,924
Capacidades Comunicacionais	51,89	56,45	917,500	0,540
Atitudes	54,80	55,68	984,500	0,906
<b>Valor Global RDP</b>	52,96	56,17	942,000	0,667

U-Mann-Whitney

**Quadro 39 – Associação entre habilitações literárias e a RDP**

Habilitações literárias	Não sabe ler nem escrever N=18	Ensino Primário N=49	Ensino Básico N=19	Ensino secundário N=17	Ensino superior N=7	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Informação	42,36	54,85	61,84	58,97	68,21	5,159	0,271
Capacidades Comunicacionais	41,25	52,96	62,58	66,06	65,07	7,389	0,117
Atitudes	46,31	50,59	62,55	66,12	68,57	6,673	0,154
<b>Valor Global RDP</b>	39,67	51,97	62,03	68,44	71,79	10,465	0,033*

X<sup>2</sup> - Kruskal Wallis  
\*p<0,05**Quadro 40 – Associação entre a residência e a RDP**

Residência	Aldeia N=23	Vila N=21	Cidade N=66	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Informação	52,17	50,31	58,31	1,324	0,516
Capacidades Comunicacionais	43,87	53,93	60,05	4,488	0,106
Atitudes	46,72	60,64	56,92	2,432	0,296
<b>Valor Global RDP</b>	43,63	56,17	59,42	4,197	0,123

X<sup>2</sup> - Kruskal Wallis**Quadro 41 – Associação entre o rendimento mensal e a RDP**

Rendimento Mensal	Inferior a 485 euros N=56	Entre 485 e 970 euros N=32	Entre 970 e 1455 euros N=10	Superior a 1455 euros N=12	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Informação	47,10	58,20	77,25	60,25	9,050	0,024*
Capacidades Comunicacionais	50,54	48,78	76,15	67,54	8,992	0,036*
Atitudes	47,37	56,89	75,25	56,71	8,073	0,062
<b>Valor Global RDP</b>	46,94	54,33	82,35	64,08	12,454	0,007**

X<sup>2</sup> - Kruskal Wallis  
\*p<0,05  
\*\*p<0,01**Quadro 42 – Associação entre a dificuldade em se deslocar ao local da consulta e a RDP**

Dificuldade em se deslocar ao local de consulta	Sem Dificuldade N=83	Com Dificuldade N=27	UMW	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Informação	59,72	42,52	770,000	<b>0,015*</b>
Capacidades Comunicacionais	57,01	50,85	995,000	0,382
Atitudes	54,37	58,98	1026,500	0,513
<b>Valor Global</b>	57,88	48,19	923,000	0,170

U-Mann-Whitney  
\*p<0,05

Quadro 43 – Associação entre o acompanhamento médico e a RDP

Acompanhamento Médico	Médico de Família N=36	Médico Particular N= 8	Cardiologista do Hospital N=27	Medicina Intensiva N=35	Medicina Interna N=4	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Informação	57,15	67,31	60,72	46,41	61,25	4,907	0,297
Capacidades Comunicacionais	44,11	58,25	56,72	63,70	72,50	8,201	0,084
Atitudes	53,63	67,25	55,85	51,04	85,50	5,459	0,243
<b>Valor Global RDP</b>	50,69	68,69	57,85	53,07	77,75	4,485	0,344

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

Quadro 44 – Associação entre periodicidade das consultas e a RDP

Periodicidade das Consultas	Mensal N=18	Trimestral N=22	Semestral N=52	Anual N=18	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Informação	64,94	45,00	55,97	57,53	4,062	0,255
Capacidades Comunicacionais	74,61	48,18	53,01	52,53	8,156	<b>0,043*</b>
Atitudes	67,50	54,11	51,47	56,83	3,465	0,325
<b>Valor Global RDP</b>	73,31	47,73	52,02	57,25	7,597	0,055

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

\*p&lt;0,05

Quadro 45 – Associação entre número de consultas e a RDP

Número de Consultas	Adequado N=83	Deveria ter mais consultas N=24	Deveria ter menos consultas N=3	X <sup>2</sup>	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Informação	61,41	35,46	52,33	12,402	<b>0,002*</b>
Capacidades Comunicacionais	55,81	55,50	46,83	0,231	0,891
Atitudes	55,68	49,90	95,33	5,446	0,066
<b>Valor Global RDP</b>	58,68	43,27	65,33	4,643	0,098

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

\*p&lt;0,01

Quadro 46 – Correlação de Pearson entre a variável dependente “adesão aos tratamentos farmacológicos” e a variável independente

VARIÁVEIS	r	p
Informação	0,228	0,008**
Capacidades Comunicacionais	0,027	0,389
Atitudes	0,071	0,232
Valor Global RDP	0,162	0,046*

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

**Quadro 47 – Regressão múltipla entre a variável dependente “adesão aos tratamentos farmacológicos” e variável independente**

Variável dependente: <b>Adesão aos Tratamentos Farmacológicos</b> $R = 0,052$ $R^2 = 0,228$ $R^2$ Ajustado = 0,043 Erro padrão da estimativa = 0,54865 $F=5,924$ $p=0,017$					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente padronizado	t	p	
Constante	4,623		14,254	0,000	
Informação	0,022	0,228	2,434	0,017*	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	1,783	1	1,783	5,924	0,017*
Residual	32,510	108	0,301		
Total	34,293	109			

\* $p < 0,05$

# ANEXOS







## ANEXO II – Pedido de autorização formal ao concelho de administração e à Comissão de Ética do CHCB-EPE e respetivo deferimento



IPV - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

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

S. P. R.

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

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

26 ABR 2011

452589

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

Dr. Rosa Saraiva

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

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup>, 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.

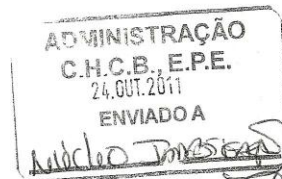
Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes

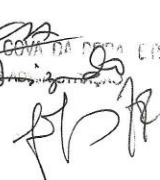
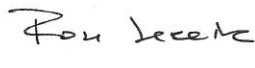
Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção dispensada, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor João Carvalho Duarte  
(Prof. Coordenador)

AMNC



Parecer:	Despacho: CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA E.P.E. O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO 
<b>ASSUNTO:</b> Projecto de Investigação nº42/2011 -"Adesão terapêutica do doente com cardiopatia isquémica"	
<b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração <b>DE:</b> Núcleo de Investigação	<b>N.º</b> 72/2011 <b>Data</b> 08/09/2011
<p>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</p> <p>Envio ainda o parecer favorável nº.37/2011, emitido pela Comissão de Ética.</p> <p>Infôrmo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>personas</i></p> <p>P<sup>o</sup>lo Núcleo de Investigação</p> <p></p> <p>(Dr.ª Rosa Saraiva)</p> <p>Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.</p>	