



# ESTRATÉGIA DE MARKETING NA GESTÃO DE TERAPÊUTICA EM AMBULATÓRIO MÉDICO

Por

Admar Vera Cruz Lima

Relatório de Projecto de Mestrado em Marketing

Orientado por

Professor Doutor Luís Mota de Castro

2011

---

## Biografia do autor

Admar Vera Cruz Lima Nasceu na cidade de S.Tomé no ano de 1971.

Obteve a Pós-graduação (2010) em marketing pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Licenciado (2006) em Gestão de Empresas pelas Faculdade Portucalense e em Organização e Gestão de Empresas (2002) pelo Instituto de Administração, Contabilidade e Informática/ISCTE.

Ao longo dos últimos anos exerceu a profissão de gestor nas empresas Becomer, Comercio de Vestuário, Lda e Somatoc, Lda

Área de interesse actual: Mercado Social, Economia Virtual e Mercado Global, Redes e Suportes Digitais, Business Intelligence e Optimização de Processos Empresariais

## Agradecimentos

Primeiramente, o meu reconhecimento ao Professor Doutor Luís Mota de Castro que não só se disponibilizou a orientar esta tese, como ao longo de todo o trabalho me incentivou com toda a sua sabedoria, capacidade de trabalho e organização. A ele devo grande parte dos resultados e objectivos que aqui foram atingidos e por isso para ele o meu bem-haja.

À vasta equipa de profissionais (clínicos, especialistas e pessoal administrativo) que colaboram no Hospital Joaquim Urbano, o meu agradecimento pelo bom acolhimento e apoio prestado durante a recolha de dados, sem esquecer todos os pacientes que de forma voluntária colaboraram, e sem os quais este trabalho não seria possível.

Um agradecimento especial à Dr.<sup>a</sup> Ana Horta, a Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Tavares e ao Dr. João Seabra pela partilha das suas experiências profissionais e o apoio prestado na realização dos trabalhos de campo sem o qual seria muito mais difícil a recolha de dados.

Finalmente à minha filha Sildma por ter suportado a minha prolongada ausência.

A todos, muito obrigado!

## Sumário Executivo

---

Este projecto baseia-se na demonstração da aplicação de estratégias de marketing como metodologia para compreender o comportamento dos pacientes com a finalidade de planear programas de terapêutica em ambulatório médico.

O projecto pode interessar os gestores de serviços de assistência médica, clínicos e outros interessados na formulação de estratégias destinadas à melhoria do coeficiente resultado/esforço nos serviços de saúde. Neste trabalho recorreu-se à observação de pacientes submetidos ao tratamento da Hepatite C em ambulatório médico.

Os resultados obtidos permitem concluir que a aplicação desta metodologia facilita a obtenção de informações relevantes que permitem identificar as necessidades e dificuldades dos pacientes submetidos à terapêutica no ambulatório médico.

No segmento do mercado onde foi aplicado o estudo, os resultados revelaram uma tendência para as influências presentes no ambiente social e familiar afectarem a decisão dos pacientes para a terapêutica assim como a aproximação aos clínicos aumentar a motivação dos pacientes para o tratamento.

A população alvo do estudo revelou ainda uma forte tendência para a expectativa em acaso (sorte ou azar) no controlo sobre a situação da doença e do tratamento e alguma dificuldade na conciliação dos horários da medicação com as rotinas diárias.

Os resultados revelaram ainda uma maior aplicação, por parte dos pacientes, de estratégias menos efectivas para a terapêutica, orientadas para reacções emocionais, envolvendo mais o pensar do que o agir.

Estes factos sugerem o desenvolvimento de acções destinadas ao reposicionamento da oferta terapêutica perante os pacientes e o aumento das suas competências de forma a enfrentarem melhor os problemas, reduzir o esforço clínico e o risco da não adesão.

No que diz respeito à contribuição do marketing, a implementação de um plano de comunicação com objectivos definidos pode ser uma óptima ferramenta de suporte para o reposicionamento desta oferta.

## Executive Summary

---

This project aimed to demonstrate the application of marketing strategies as methodology to understanding the behavior of patients in order to plan treatment programs in outpatient care.

This project may interest the managing officers in clinical care and other stakeholders concerned with strategies aiming the improvement of the ratio result/effort made in healthcare. In this project we used the observation of patients undergoing treatment for hepatitis C in outpatient care.

The results displayed that this methodology application obtains relevant information to identify the needs and problems of patients undergoing therapeutics for hepatitis C in outpatient care.

For the sample of the population that was surveyed in this context of the study it was observed that the patient's motivation to undergo treatment was positively affected both by influences ensuing for their family and social context and the relative proximity they felt from clinic staff.

The target population of the study also revealed a strong tendency to random expectation (good or bad luck) on the control of the disease and therapeutic and some difficulty in reconciling the schedules of medication with daily routines.

The results also displayed a larger application by patients of less effective strategies for treatment, as a result of emotional reactions, involving a diminished rational capacity.

This suggests that actions be taken for repositioning the therapeutic proposal vis a vis the patients and improvement capability for better facing problems, reducing the clinical effort and the risk of non-adherence to therapeutic.

From a marketing perspective a good tool for repositioning patients with relation to treatment may be a properly drawn communication plan.

# Índice

Introdução .....	1
Contextualização.....	2
1.1 Recursos e Competências.....	2
1.2 O Mercado.....	3
1.2.1 Os Consumidores/Utentes .....	3
1.2.1.1 Caracterização da Situação Socioeconómica .....	4
1.2.1.2 A Problemática do HCV na Região Norte. ....	5
1.3 As Orientações Estratégicas .....	6
Resumo do capítulo I.....	7
O HCV .....	8
2.1 As Características do HCV .....	8
2.1.1 A Terapêutica.....	9
2.1.1.2 Perspectiva Terapêutica.....	12
Resumo do Capítulo II.....	13
Enquadramento Teórico.....	14
3.1 A Motivação em Saúde .....	14
3.3 A Expectativa de Controlo .....	15
3.3.1 Expectativa de Controlo em Saúde.....	16
3.3.1.1 Expectativas de Controlo e as Estratégias Terapêuticas.....	16
3.4 Estratégia para Enfrentar Situações de Stress .....	17
3.4.1 Aplicação das Estratégias para Enfrentar o Stress .....	18
3.5 Adesão à Terapêutica .....	19
Concepção da Pesquisa.....	23
4.1 Objectivo e Finalidade .....	23
4.2 Questões para a Investigação. ....	23
4.3 Variáveis Seleccionadas.....	25
4.4 A População e a Amostra.....	26
4.5 Recolha de Dados.....	27
4.6 Adaptação dos Modelos de Escalas Psicométricas .....	27
4.7 Metodologia para Análise dos Dados .....	28
A Análise e os Resultado da Pesquisa .....	33
5.1 Caracterização Sociodemográfica da Amostra .....	33
5.2 Caracterização Clínica da Amostra .....	34

5.3 Análise e Resultados da Motivação de Pacientes para o Tratamento .....	35
5.4 Análise e Resultados da Expectativa de Controlo dos Pacientes.....	38
5.6 Análise e Resultados da Adesão a Terapêutica.....	45
Conclusões e Recomendações .....	47
6.1 Conclusões.....	47
6.2 Limitações e Advertências .....	48
6.3 Recomendações.....	48
Apêndices.....	50
1.1 Escala para Avaliar a Motivação de Pacientes (EMP).....	51
1.2 Escala para Avaliar a Expectativa de Controlo do Paciente (EEC).....	51
1.3 Escala para Avaliar Estratégias dos Pacientes (EEP) .....	51
1.4 Escala para Avaliar Adesão à Terapêutica (EAAT) .....	52
Apêndice II .....	53
2.1 Determinação do Tamanho Necessário para a Amostra .....	53
Apêndice III .....	54
3.1 Avaliação da qualidade de Ajustamento 1.....	54
3.1.1 Índice Goodness of Index (GFI) 1 .....	54
3.1.1.1 Cálculo do Coeficiente do GFI para Modelo EMP .....	55
3.1.1.2 Cálculo do Coeficiente do GFI para modelo EEC .....	56
3.1.1.3 Cálculo do Coeficiente do GFI para modelo EEP.....	56
3.1.2 Índice Root Mean Square Residual (RMSR) .....	57
3.1.2.1 Cálculo do Coeficiente do RMSR para modelo EEC.....	57
Bibliografia .....	58
Anexo.....	63

## Lista de Figuras

Figura 1- Exemplo de um Modelo Psicométrico para pacientes submetidos a terapêutica do HCV. ....	24
--	----

## Lista de Gráficos

Gráfico1. População por grupos etários na Região do Grande Porto. ....	3
Gráfico 2 Scree Plot EMP.....	73
Gráfico 3. Scree Plot EEC .....	75
Gráfico 4. Scree Plot EEP.....	77

## Lista de Tabelas

Tabela 1. Indicadores económicos, sociais e culturais na Região Norte e no Grande Porto.....	4
Tabela 2. Notificação dos HCV vs HIV em Toxicodependentes na Região do Grande Porto.....	5
Tabela 3. Variáveis seleccionadas para a pesquisa.....	25
Tabela 4. Formulário para recolha de dados clínicos .....	71

## Lista dos Anexos

Anexo I Carta de Autorização .....	64
Anexo II Questionários e Formulários.....	65
Anexo III Quadros dos Resultados .....	72

## Lista de Quadros

Quadro 1. Características Sóciodemográficas da amostra.....	34
Quadro 2. Características Clínicas da amostra .....	35
Quadro 3. Resultados estatísticos dos itens no modelo motivação dos pacientes .....	36
Quadro 4. Peso factorial dos itens no modelo motivação para a terapêutica.....	38
Quadro 5. Resultados estatísticos dos itens no modelo expectativa de controlo dos pacientes.....	39
Quadro 6. Peso factorial dos itens no modelo expectativa de controlo dos pacientes.....	42
Quadro 7. Peso factorial dos itens no modelo estratégias aplicadas pelos pacientes .....	44
Quadro 8. Resultados estatísticos dos itens no modelo adesão dos pacientes à terapêutica.....	45
Quadro 9. Média e desvio-padrão dos itens no modelo adesão dos pacientes à terapêutica.....	46
Quadro 10 Determinação da precisão do tamanho da mostra. ....	53
Quadro 11. Reliability Statistics EMP.....	72
Quadro 12. KMO and Bartlett's Test EMP .....	72
Quadro 13 Anti-image Matrices EMP .....	72
Quadro 14. Total Variance Explained EMP .....	72
Quadro 15. Reproduced Correlations EMP .....	73
Quadro 16. Reliability Statistics EEC.....	74
Quadro 17. KMO and Bartlett's Test EEC.....	74
Quadro 18. Anti-image Matrices EEC.....	74
Quadro 19. Total Variance Explained EEC.....	74
Quadro 20. Reproduced Correlations EEC.....	75
Quadro 21. Reliability Statistics EEP .....	76
Quadro 22. KMO and Bartlett's Test EEP .....	76
Quadro 23. Anti-image Matrices EEP .....	76
Quadro 24. Total Variance Explained EEP .....	76
Quadro 25. Reproduced Correlations EEP .....	77
Quadro 26. Reliability Statistics EAAT .....	78

## Abreviaturas

ALT	Alanina Aminotransferase
ARS	Administração Regional de Saúde
EAT	Escala para Avaliar a Adesão ao Tratamento
EAT	Escala de Adesão ao Tratamento
EEC	Escala para Avaliar Expectativa de Controlo de Paciente
EEP	Escala para Avaliar Estratégia de Paciente
EMP	Escala para Avaliar Motivação de Paciente
EMT	Escala para Medir Motivação em Tratamento
EVR*	Resposta Virologica Precoce
HCV*	Vírus da Hepatite C
HJS	Hospital de São João
HJU	Hospital Joaquim Hurbano
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento
MHLC*	Escala Multidimensional para Medir o Locus de Controlo em Saúde
NUT*	Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PegIFN	Interferão-Peguilado
RBV	Ribavirina
RNA*	Acido Rebonucleico
RVR*	Resposta Viroológica Rápida
SAM	Sistema de Apoio a Médico
SGD	Serviço de Gestão de Doentes
SMS	Sistema Nacional de Saúde
SVR*	Resposta virologica Sustentada
TRSQ*	Questionario para Controlar a Auto-motivação em Tratamento
ULS	Unidade local de saúde
VPP	Valor Preditivo Positivo

\*Nomenclatura de Origam Anglo-saxónica

# Introdução

---

O marketing como técnica de apoio à gestão oferece à área social ferramentas e meios para planeamento e orientação estratégica sendo que a sua aplicação em assistência à saúde tem permitido a promoção e a melhoria de eficiência e de qualidade neste sector sobretudo no que diz respeito aos serviços destinados a garantir o bem-estar colectivo.

Este trabalho teve como objectivo aplicar estratégias de marketing para o planeamento de programas de terapêutica de longa duração em ambulatório médico a partir da recolha de informações subjacentes ao comportamento dos pacientes.

O estudo foi orientado para pacientes submetidos à terapêutica da Hepatite C e realizou-se entre os meses de Maio e Julho no edifício da consulta externa do Hospital Joaquim Urbano, na cidade do Porto.

Dividido em 7 capítulos, o primeiro capítulo é dedicado à contextualização do ambiente da pesquisa a partir da definição dos recursos e competências para a terapêutica em ambulatório médico, à situação do mercado, políticas e estratégias adoptadas.

O Capítulo II é destinado à caracterização da patologia utilizada no estudo. Os 3 capítulos subsequentes debruçam-se sobre a pesquisa propriamente dita, começando o capítulo III com o levantamento dos fundamentos teóricos apropriados, o capítulo IV com a concepção da pesquisa e a caracterização da metodologia aplicada e o capítulo V destinado à análise dos dados e à interpretação dos resultados.

Por fim, o capítulo VI debruça-se sobre as conclusões, limitações, advertências e recomendações destinadas aos decisores do serviço da terapêutica e da assistência aos pacientes.

# Capítulo I

## Contextualização

---

### 1.1 Recursos e Competências

O HJU tomado como referencia para a aplicação desse projecto de estudo é um hospital especializado no domínio das doenças infecciosas que oferece serviços com padrões de elevado desempenho técnico-científico.

Enquadrado na estrutura do Centro Hospitalar do Porto, o Hospital oferece no ambulatório serviços de consulta externa, serviços de enfermagem e serviços de Hospital de Dia.

A nível de suporte ao ambulatório, o Hospital apresenta Serviço de Gestão de Doente (SGD) e de Informações Clínicas para facilitar o contacto com os pacientes e a ligação com os serviços clínicos. Possui ainda um serviço farmacêutico que actua ao nível da distribuição individualizada dos medicamentos e a dispensa dos fármacos solicitados pelos Serviços do Ambulatório.

A nível de quadro técnico, o Hospital possui um corpo clínico especialmente treinado e preparado que permite oferecer aos pacientes uma certa garantia nas decisões terapêuticas a nível do ambulatório (Sarmiento, 2010).

A par dos serviços tradicionalmente prestados no ambulatório o Hospital oferece outros serviços complementares em função das necessidades clínicas dos pacientes tais como os serviços de Psiquiatria, Saúde Ocupacional, Estomatologia, Psicologia e Nutrição (Freitas, 2011).

Para além da generalização, nos serviços clínicos, da aplicação do Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e a implementação de novos processos de prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento (MCDT's) o Hospital possui, ainda, aplicações informáticas específicas de suporte à decisão clínica para o tratamento em ambulatório de doenças como é o caso das Hepatites (Freitas, 2011).

## 1.2 O Mercado

Os serviços hospitalares da zona do Grande Porto abarcam os utentes que habitam os concelhos de Espinho, Gondomar, Maia, Matosinhos, Porto, Povia de Varzim, Valongo, Vila Nova de Gaia e Vila de Conde.

Em termos globais, na Área Metropolitana do Porto existe um núcleo relevante de hospitais com acessibilidade e serviços muito diferenciados a nível do ambulatório, como por exemplo o Hospital de São João (HSJ), Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Vila Nova de Gaia/Espinho e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ARS\_Norte, 2008).

### 1.2.1 Os Consumidores/Utentes

A população residente na Região Norte manteve-se, na última década, à volta de 3 689 000 indivíduos. Relativamente à NUT III, a evolução da população revelou dinâmicas de crescimento muito diferenciadas, ocorrendo na Região do Grande Porto um aumento de 2% da população residente (Censos, 2011).

Considerando os 68 concelhos que integram a Região de Saúde do Norte a população residente ultrapassa os 3.200.000 habitantes sendo que cerca de 55% desta população vive na Sub-Região do Porto (Felício *et al.*, 2009).

A Região do Grande Porto caracteriza-se como uma zona marcadamente urbana e com uma densidade populacional muito superior à média nacional (Primus, 2001). Considerando os dados do INE e ERA (2001), a estrutura etária na região é representada por uma percentagem significativa de população jovem com a faixa etária entre os 24 e os 49 anos como a mais representativa na região (Gráfico1).

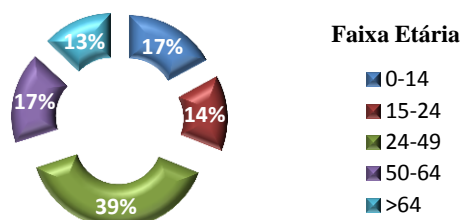


Gráfico1. *População por grupos etários na Região do Grande Porto.*

O número de utente estimado para os serviços hospitalares nos concelhos do Grande Porto é de 1.321.952, englobando utentes vindos de outros concelhos fora dessa região por via da 2ª e 3ª referenciação pelo facto dessas unidades concentrarem a maioria de meios médicos, técnicos e de diagnóstico diferenciados na Região Norte (ARS\_Norte, 2008).

### 1.2.1.1 Caracterização da Situação Socioeconómica

A Região Norte (NUT II Norte) apresenta um índice de desemprego superior ao resto das outras regiões divergindo-se da média do continente. Embora o desemprego seja superior entre a população activa feminina, nos últimos trimestres de 2009 houve uma tendência maior de crescimento na população activa masculina (Felicio *et al*, 2009).

O total do número de desempregados existentes na Região Norte (203 615), cerca de metade (100 059) estava concentrado na Área Metropolitana do Porto (Silva, 2006).

A Tabela 1 resume alguns indicadores económicos, sociais e culturais na Região Norte e no Grande Porto.

Tabela 1. *Indicadores económicos, sociais e culturais na Região Norte e no Grande Porto*

	Indicadores sócio económico	
	Região Norte	Grande Porto
<b>Economia</b>		
Rendimento medio mensal de trabalhadore por conta de outrem, 2006 (€)	805,7	954
<b>Educação</b>		
Taxa transição/conclusão no ensino secundario 2006/2007 (%)	76,9	77,7
1º Ciclo	3,3	3,1
2º Ciclo	9,0	10,2
3º Ciclo	18,6	19,0
<b>Cultura</b>		
Porporção de individuo que utilizam a Internet (%)		
2002	16,1	n.d
2008	36,3	n.d
Frequentedores de Bliibliotecas publicas.	2003	520

n.d - não disponível

Fonte: INE, 2008

### 1.2.1.2 A Problemática do HCV na Região Norte.

O HCV é uma patologia cuja terapêutica é feita predominantemente em régie de ambulatório. Na Região Norte e no Grande Porto, o registo de casos de pessoas infectadas tem vindo a diminuir nos últimos anos (Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas da Saúde, 2010). Entretanto, estes elementos não permitem fazer uma avaliação sobre a situação epidemiológica uma vez que a evolução da infecção é lenta e na maioria dos casos assintomática, dificultando a notificação de novos casos de infecção (Ministério de Saúde, Direcção Geral de Saúde, 2004).

Na região, a população toxicodependente, um dos grupos considerado de maior risco, a situação é preocupante, permanecendo a infecção pelo HCV alta numa relação de 5 HCV para 1 HIV (Tabela 2).

Em Portugal, o HCV já é a segunda causa de mortalidade nos indivíduos infectados pelo HIV, sendo que nesta população o risco de cirrose e de carcinoma hepatocelular provocado pelo HCV é maior e a sua progressão é mais rápida (Marinho, 2008).

Num estudo realizado na Região Norte, para o Hospital de Gaia (Peixe, 2010), a infecção pelo HCV apresentava uma prevalência de 1,5% igual ao valor estimado para Portugal. No referido estudo a autora apresenta dados que revelam uma maior prevalência nas faixas etária entre os 24-34 e 35-44 anos com mais de 30% e 20% de casos respectivamente.

Tabela 2. *Notificação dos HCV vs HIV em Toxicodependentes na Região do Grande Porto.*

<b>Doenças infecciosas</b>	<b>HVC +</b>	<b>HIV +</b>
<b>Es trutura/Re de</b>		
<b>Ambulato rio (Re de P ublica)</b>		
Utentes Tratados no Ano 2009	46%	11%
Utentes Primeiras Consultas	29%	7%
<b>Centro de Dia</b> (Publicos e Licenciados)	45%	19%

Fonte: IDT, IP, 2010

### 1.3 As Orientações Estratégicas

As políticas de orientação da produção e do financiamento hospitalar, no âmbito do Contrato-Programa<sup>1</sup>, têm privilegiado o esforço dos cuidados em ambulatório e a transferência das actividades do internamento para esta área hospitalar.

No âmbito da aplicação do Plano Nacional de Saúde é dada especial atenção à contratualização e ao financiamento autónomo de medicamentos de cedência hospitalar obrigatória em ambulatório, com enquadramento legal, da responsabilidade financeira das instituições (Administração Central do Sistema de Saúde, 2011).

O incentivo a ganhos de produtividade nos serviços de consulta externa, o facto de haver um aumento no registo de episódios nas primeiras consultas e a problemática da co-infecção (HIV-HCV), a área da Hepatite C tem sido objecto de uma particular atenção sobretudo no que diz respeito a sua terapêutica e o facto de ainda não existir profiláticos disponíveis (Freitas, 2011).

Entretanto, alguns estudos vêm alertando para a necessidade de se implementar e aplicar novas estratégias para o tratamento desta patologia em ambulatório, sobretudo no que se refere à introdução de novos métodos de gestão da terapêutica de forma a melhorar a eficiência e reduzir os custos. O presente trabalho também pretende dar uma modesta contribuição nesse sentido.

---

<sup>1</sup>Introduzido em Portugal a partir de 2002, este modelo de financiamento dos hospitais consiste na contratualização, junto das ARS, das actividades a realizar para a prestação de cuidado de saúde a doentes do SNS. O modelo define regras de pagamento em função do volume e tipo de produção contratualizada e produzida.

## Resumo do capítulo I

---

Neste capítulo procedeu-se à contextualização do ambiente da pesquisa a partir da análise dos principais factores que podem determinar objectivamente a lógica do projecto.

Observando os recursos, competências e a capacidade hospitalar instalada nos serviços de assistência hospitalar no mercado onde a pesquisa é direccionada, assim como as políticas de saúde implementadas nos últimos anos, conclui-se que as estratégias de assistência à saúde estão cada vez mais focalizadas nas actividades em ambulatório.

Relativamente ao HCV, patologia tomada como referência para o estudo, verifica-se que a situação económica e social, assim como a concentração populacional e os comportamentos de risco, com destaque para o consumo de drogas, traçam cenários preocupantes, o que poderá exigir dos serviços hospitalares estratégias mais eficazes e eficientes para a sua terapêutica uma vez que não existem recursos profilácticos.

# Capítulo II

## O HCV

---

### 2.1 As Características do HCV

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), HCV é um vírus ARN da família dos *Flaviviridae*, de que fazem parte o vírus da dengue e o da febre-amarela, com tropismo particular para o fígado e considerado como *oncogénico*.

Classificado em seis diferentes genótipos em função da divergência em 30% da sequência de combinação das suas moléculas, o genótipo1 é o mais comum e também o mais resistente das estirpes do HCV à terapia aplicada (Ghany *et al.*, 2009).

A transmissão do vírus é feita predominantemente de forma parentérica e cerca de 85% de casos de infecção evolui para o estado crónico, com a persistência do vírus no organismo para além de seis meses (Collins e Swan, 2009).

Antes de 1992, a transfusão sanguínea e os derivados assim como a aplicação de injeções/vacinas com agulhas e seringas não descartáveis ou não esterilizadas e outros objectos cortantes principalmente nos cuidados de saúde estavam no topo de lista das situações que envolviam maior risco de infecção (Collins e Swan, 2009).

Actualmente o uso e manuseamento de materiais para injeção ou inalação de drogas passaram a ser considerados como a principal fonte da infecção (Collins e Swan, 2009).

Em consequência da evolução silenciosa da doença, que ocorre geralmente ao longo de várias décadas, uma boa parte dos indivíduos correrão o risco de sofrer inflamações hepáticas ou danos hepáticos como a fibrose e a cirrose (Marinho, 2008).

Os danos causados no organismo, decorrentes da reacção imunitária à presença da réplica vírica, podem originar sintomas tais como a fadiga, emagrecimento, depressão ou confusão mental que reduzem a qualidade de vida da pessoa infectada (Collins e Swan, 2009).

A ocorrência em cerca de 20% dos casos de cirrose descompensada e o carcinoma hepatocelular (cancro do fígado) são as mais graves das consequências desta infecção já que nestas situações o fígado pode deixar de funcionar e o doente para sobreviver terá que ser submetido a transplante hepático (Collins e Swan, 2009).

### 2.1.1 A Terapêutica

Qualquer pessoa com *enzyme immunoassay* anti-HCV activa e com a presença do HCV RNA deve ser considerada como um potencial candidato à terapêutica do HCV (Alberti e Benvengnu, 2003).

Os pacientes devem ser submetidos a sequência de consultas e testes clínicos, laboratoriais e não laboratoriais para avaliar as condições clínicas individuais (físicas e psicológicas) antes de serem submetidos a terapêutica do HCV (Dienstag, 2002). Deve ser considerada a situação do paciente, relativamente à observação da abstinência no consumo de álcool e o controlo de uso de drogas (National Institutes of Health, 2002).

Embora o objectivo do tratamento do HCV seja a cura, os clínicos consideram como fundamental, na decisão para a terapêutica, a estabilização da infecção, de forma a minimizar lesões hepáticas mais graves ou melhorar o estado do fígado e consequentemente a qualidade de vida do doente (Collins e Swan, 2009).

O regime padrão para a terapêutica do HCV baseia-se na combinação do *Interferão-Peguilado* (PegIFN) administrado semanalmente a nível subcutâneo e a *Ribavirina* (RBV) administrada diariamente, via oral (Ghany *et al.*, 2009). Estes medicamentos apresentam efeitos secundários indesejáveis que fazem aumentar o nível de *stress* dos pacientes em tratamento e dificultam em grande medida a sua adesão ao mesmo. Entre os efeitos causados pelo uso combinado destes medicamentos estão a depressão, ansiedade, instabilidade emocional e outras complicações de foro psiquiátrico (Collins e Swan, 2009). Os mesmos autores consideram comuns os seguintes sintomas clínicos durante o uso combinado desses fármacos:

- i. A anemia, cuja consequência mais comum é a fadiga;
- ii. A *neutropénia*, ou seja, redução significativa de neutrófilos, um tipo de glóbulos brancos que combatem infecções bacterianas e

- iii. A *Trombocitopénia*, uma contagem baixa das plaquetas que tem como consequência o risco de hemorragia cerebral.

Existir outros efeitos que podem reduzir a qualidade de vida dos pacientes (Ghany, *et al.*, 2009):

- i. Sintoma gripal e insónia que por consequência pode agravar o impacto de outros efeitos indesejáveis, sobretudo os relacionados com humor e o modo como a pessoa se sente;
- ii. Boca seca que pode provocar problemas dentários e das gengivas;
- iii. A falta de ar em consequência da redução dos globos vermelhos e
- iv. Alteração da visão (visão desfocada).

Um estudo em larga escala realizado por McHutchison *et al.* (2002) em pacientes com HCV, genótipo 1, associa a administração de forma correcta de pelo menos 80% da dose e da prescrição recomendada dos fármacos para a terapêutica convencional como a proporção da ocorrência da cura do HCV.

Factores como a capacidade para aceder às informações sobre o tratamento, conhecimento sobre os efeitos secundários, assim como o apoio da família e outros implicados no processo são determinantes para a gestão das dificuldades relacionadas com a terapêutica do HCV (Frederick *et al.*, 2002). O conhecimento e o acesso à informação por parte dos pacientes assim como a predisposição para reconhecer e informar os médicos logo que os sintomas começam a se manifestar são factores igualmente importantes para a gestão desses efeitos (Collins e Swan, 2009).

#### 2.1.1.1 Resposta à Terapêutica.

Alguns factores estão identificados como preditivo do resultado do tratamento do HCV (Collins e Swan, 2009) e são normalmente considerados pelos médicos no planeamento da terapêutica:

- i. O genótipo e a carga vírica antes do início do tratamento;
- ii. Outras doenças associadas (HIV, HBV, obesidade, grau de lesão hepática);
- iii. A idade da pessoa (mais de 40 anos) e

- iv. Os factores sócio demográficos tais como a etnia (alguns estudos põem em causa essa variável).

De uma maneira geral, o genótipo 1, o mais comum em Portugal, apresenta a taxa de resposta ao tratamento mais baixa a rondar os 50%. O genótipo 3 com maior incidência nos toxicod dependentes e o genótipo 4 nos co-infectados apresentam taxas de respostas de 90% e 70%, respectivamente (Marinho, 2008).

Vários ensaios realizados com pacientes tratados em regime convencional demonstram que os pacientes monoinfectados, para os diferentes genótipos, apresentam taxas de resposta à terapêutica superior (44%-82%) aos dos pacientes co-infectados (23%-73%) (Collins e Swan, 2009).

Os mesmos autores consideram que pacientes com valor da carga vírica (viremia) abaixo de 400.000 UL/ml antes do início do tratamento apresentam melhores resultados em termos de resposta à terapêutica convencional.

A resposta ao tratamento do HCV é medida através de testes qualitativos da carga vírica em diferentes momentos sendo que o período de duração da terapêutica está em função da resposta obtida e do tipo do vírus.

Uma medição indetectável da carga vírica nas primeiras 4 semanas depois do início da terapêutica, *Rapid Virological Response* (RVR), é considerado Valor Preditivo Positivo (VPP) para a obtenção, de forma mais fácil, de uma futura *Sustained Virological Response* (SVR) ou seja ausência do vírus no sangue seis meses após o término da terapêutica (Collins e Swan, 2009).

Vários ensaios clínicos comprovaram que na presença de uma RVR o paciente pode beneficiar de um encurtamento do período da terapêutica e ficar menos tempo exposto aos efeitos indesejáveis da medicação (Ghany *et al.*, 2009).

Citando ainda estes estudos, os autores consideram uma *Early Virological Response* (EVR), a não identificação da carga vírica ou uma redução de 2 log após 12 semanas de tratamento, como um dos marcos fundamentais na resposta à terapêutica aplicada ao HCV.

Os pacientes que atingem um EVR quase todos apresentam uma *End-of-Treatment Respons* (ETR), ou seja carga vírica não detectável nos testes qualitativos no final do

tratamento. Entretanto, cerca de 40% dos pacientes acabam por recidivar 6 meses após deixarem de ser medicados, após o fim do período da terapêutica (Collins e Swan, 2009).

Quando os pacientes iniciam a terapêutica para o HCV apresentam, geralmente elevado nível de alanina aminotransferase (ALT), enzima hepática que auxilia o organismo na produção de sais e aminoácidos usados na fabricação de proteínas (Wali *et al.*, 1999).

Paciente que apresenta nível de aminotransferase (ALT) normalizada de forma consistente, ao longo do tratamento, pode estar a responder melhor à terapêutica. Um aumento continuado de aminotransferase (ALT) pode significar agravamento da infecção pelo HCV ou uma fraca resposta à terapêutica (Bacon, 2002).

#### 2.1.1.2 Perspectiva Terapêutica

As indicações de testes com novos fármacos para tratamento do HCV tais como o *Telaprevir* e o *Boceprevir* são animadoras podendo atingir os 75% de casos de SVR com benefícios para os pacientes não respondentes e os que recidivam. No entanto os ensaios apontam para a necessidade de se manter o mesmo modelo de terapêutica aplicado actualmente embora com a vantagem de uma redução no tempo do tratamento (Callaway, 2010).

O mesmo autor argumenta que as novas combinações dos fármacos para este tipo de terapêutica tendem a aumentar os efeitos indesejáveis e situações de *stress* que condicionam o comportamento dos pacientes em relação ao tratamento.

## Resumo do Capítulo II

---

Neste capítulo procedeu-se à recolha de informações para a definição do problema de pesquisa com base na caracterização da patologia utilizada no estudo e da terapêutica aplicada.

A evolução silenciosa da doença, que ocorre geralmente ao longo de várias décadas pode provocar, nas pessoas infectadas, danos no fígado e originar sintomas tais como a fadiga, emagrecimento, depressão ou confusão mental, reduzir as suas qualidades de vida e em caso mais grave a morte.

O grande objectivo da terapêutica do HCV é a cura e ou a estabilização da infecção de forma a minimizar lesões hepáticas mais graves ou melhorar o estado do fígado e consequentemente a qualidade de vida do doente.

O regime padrão para a terapêutica do HCV baseia-se na combinação do *Interferão-Peguilado* (PegIFN) e a Ribaverina (RBV) que podem causar efeitos secundários indesejáveis a nível físico, psicológico e social o que dificulta a adesão.

Antes de iniciar à terapêutica os pacientes são normalmente submetidos a sequência de consultas e testes clínicos e observadas as condições de abstinência no consumo de álcool e o controlo de uso de drogas.

Os pacientes devem administrar de forma correcta pelo menos 80% da dose e da prescrição recomendada dos fármacos para a terapêutica. Factores como a capacidade para aceder às informações sobre o tratamento, conhecimento sobre os efeitos secundários, assim como o apoio da família e outros implicados no processo são importantes para a gestão das dificuldades relacionadas com a terapêutica.

O conhecimento e o acesso à informação por parte dos pacientes assim como a predisposição para reconhecer e informar os médicos logo que os sintomas começam a se manifestarem são factores igualmente importantes para a gestão desses efeitos.

A resposta à terapêutica depende em grande medida da reacção do organismo dos pacientes. Quanto mais rápida for a resposta à terapêutica maior será a possibilidade do paciente obter um melhor resultado e de encurtar o período da terapêutica.

## Capítulo III

### Enquadramento Teórico

---

#### 3.1 A Motivação em Saúde

Com base no princípio da Autodeterminação a aplicação do conceito de motivação permite estudar o comportamento dos pacientes em tratamento (Deci e Ryan, 1985).

O aparecimento de uma doença será interpretado como um problema que motivará o paciente a restabelecer o seu estado de saúde e este pode percepcionar o diagnóstico da doença como uma oportunidade para repor o seu estado normal ou como uma ameaça que deve enfrentar (Apóstulo *et al.*, 2007).

Os mesmos autores consideram, com base nas ideias sustentadas pelo modelo de resolução de problemas, que a pessoa se relaciona com a doença tal como o faz com outros problemas quotidianos, afirmando que perante um problema ou uma mudança no estado de saúde este ficará motivado para ultrapassá-lo e repor a normalidade. Os autores consideram ainda que a ausência da motivação resulta quase sempre numa baixa adesão ao tratamento e que este factor é uma das mais importantes causas de insucesso das terapêuticas, conduzindo a disfunções no sistema de saúde e aumento da morbilidade e da mortalidade.

O fato do paciente aderir à consulta e interagir com os serviços de saúde, permite-lhe elevar a carga motivacional e de informação, veiculada pelos profissionais de saúde, aumentando a competência necessária para enfrentar o problema (Apóstulo *et al.*, 2007).

O comportamento do paciente é impelido por dois pólos de motivação que são as Motivações Intrínsecas e Extrínsecas (Sprinthall, 1993). O autor considera a Motivação Intrínseca, ou comportamentos intrinsecamente motivados, aqueles comportamentos que são activados pelo prazer e satisfação da sua realização e que ocorrem voluntariamente na ausência de qualquer recompensa externa. A Motivação Extrínseca

ou comportamentos externamente motivados, são aqueles comportamentos activados por razões instrumentais, de forma a receber uma recompensa, ou a evitar um castigo.

Embora a intensidade e os objectivos inerentes à motivação variem de sujeito para sujeito são sempre um *continuum* entre motivação intrínseca e motivação extrínseca (Mestre e Ribeiro, 2010 citando Williams *et al.*, 2002).

Nos programas de terapêutica, um maior grau de internalização tem sido associado a uma maior adesão à medicação em doentes crónicos (Williams *et al.*, 1998).

Um grau elevado na motivação deve pressupor que o paciente considera os assuntos relacionados com a saúde e a doença importantes para si, e possui a crença de que as alterações do estilo de vida a implementar, com base nas recomendações para a saúde, serão benéficas (Apóstulo *et al.*, 2007).

### 3.3 A Expectativa de Controlo

De forma a explicar a complexidade do comportamento humano, o conceito de expectativa foi usado por diversos autores em diferentes áreas das ciências humanas e foram desenvolvidas teorias operacionais, com hipóteses testáveis empiricamente.

O *Locus de Controlo* pelo número de estudos que gera e pela influência exercida em vários domínios da investigação na área da psicologia é uma das teorias com maior expressividade neste domínio (Barros, 1991).

Nascido no seio da Teoria da Aprendizagem Social o conceito do *Locus de Controlo* é considerado como expectativas generalizadas mais ou menos permanente de controlo sobre o reforço<sup>1</sup> (Rotter, 1966). Estas expectativas permitem tipificar a característica psicológica e o grau em que a pessoa percebe que o que lhe acontece na vida e no dia-a-dia é consequência das suas acções e, por isso, pode ser controlado por ele (controlo pessoal) ou, como não sendo contingente ao seu comportamento ou característica e, por isso, está fora do seu controlo (controlo externo) (Rotter, 1966).

Levenson (1974) no seu trabalho sobre *Locus de Controlo* considera as Crenças Externas em duas dimensões: Expectativas de “*Acaso*”, determinada pela sorte e pelo

---

<sup>1</sup>A ideia do reforço está relacionada com a percepção da pessoa relativamente aos acontecimentos ou às situações que afectam a sua vida ou o ambiente que a rodeia (Rotter, 1966).

destino e a Expectativas que as situações são dependentes da acção de “*Outros Poderosos*” tais como a família, os médicos entre outros significativos.

As características das crenças de Locus de Controlo permitem encontrar dentro destas dimensões orientações de externalidade e internalidade. Entretanto, entre as dimensões, estas características geralmente não se encontram correlacionadas o que permite definir a orientação da expectativa de controlo dos pacientes em função do contexto ou da situação a que se aplica o conceito (Collins B. , 1974).

### 3.3.1 Expectativa de Controlo em Saúde

Embora o *Locus* de Controlo tenha sido concebido como característica generalizada mais ou menos estável nos indivíduos, esta variável deve ser considerada em função do domínio específico sendo que a sua particularização para a aplicação em saúde apresenta enorme utilidade (Strickland, 1978).

Para a aplicação deste conceito em saúde desenvolveu-se a “*Multidimensional Health Locus of Control Scale*” para avaliar expectativas específicas ao longo da dimensão “*Internalização*”, “*Externalização*” (Wallston e De Vellis, 1978). Desta forma, os investigadores passaram a perceber quando é que o indivíduo concebe o seu estado de saúde ou doença como controlado por ele, pelo acaso ou por outros significativos (Ribeiro, 1994).

As expectativas de controlo em saúde é um dos mais poderosos determinantes do comportamento e atitudes das pessoas neste domínio e a sua aplicação permite obter informações, realizar escolhas, tomar decisões e controlar comportamentos relativos à saúde (Almeida e Pereira, 2006).

#### 3.3.1.1 Expectativas de Controlo e as Estratégias Terapêuticas

Conhecer a Expectativa de Controlo do paciente é importante para se antecipar as mudanças que ele poderá necessitar para uma melhor condução do tratamento (Carrijo e Coleta, 2008, citando Bennett *et al.*, 1997 e a Lustman *et al.*, 2000).

A Expectativa de Controlo é também útil para o planeamento de programas de saúde, desenvolvimento e aplicação de estratégias terapêuticas (Almeida e Pereira, 2006). Pacientes com orientação externa, mas que valorizam a sua condição de saúde

apresentam maiores necessidades em orientação e acompanhamento (Strickland, 1989). Pacientes com maior expectativa pessoal (Expectativa de Controlo Interno) poderão necessitar de um maior envolvimento no processo da terapêutica e maior responsabilização pela sua execução.

Estudos efectuados em doentes com diabetes revelaram que, em determinadas circunstâncias, pacientes com Expectativa de Controlo Interno ou Controlo Pessoal tinham necessidade de mais informações e conhecimentos sobre a sua patologia para implementarem comportamentos de adesão à terapêutica e atingirem um melhor estado de equilíbrio metabólico (Strickland, 1989).

Na presença de exigências terapêuticas ou níveis de *stress* acima da sua capacidade, manter estratégias de Expectativa de Controlo Pessoal sobre a patologia pode ser desastroso para a saúde do paciente pelo que é necessário o fornecimento de apoios vindo de “Outros Poderosos” (Affleck *et al.*, 1987).

Quando existir uma ausência de Expectativa de Controlo Pessoal sobre a saúde ou quando a sua manutenção mostrar ser contraproducente poderá ser uma boa estratégia adaptativa transformar estes indivíduos dependentes de “Outros Poderosos” (Almeida e Pereira, 2006). Os mesmos autores consideram, com base na análise ao modelo proposto para estudar as expectativas de controlo no domínio de saúde, previsivelmente mais adaptativo e benéfico para a saúde dos pacientes a crença em Expectativas de “Controlo Pessoal” e “Outros Poderosos”. Os autores acrescentam ainda que os sujeitos classificados neste estilo designados de “Crentes no Controlo” apresentam maior capacidade para desenvolver, com maior autonomia, comportamentos para promoção e manutenção da sua saúde.

Entretanto, a pessoa só poderá implementar comportamentos para promoção ou manutenção do seu estado de saúde se a valorizar e possuir competência para o fazer (Wallston, 1992).

### 3.4 Estratégia para Enfrentar Situações de *Stress*

A doença é geralmente uma situação de crise geradora de *stress* e a pessoa perante ela pode pôr em prática, de acordo com as suas capacidades, mecanismos de adaptação que visam o retorno ao estado de equilíbrio desejado (McRae e Smith, 1998). Estes

mecanismos podem ser entendidos como o esforço cognitivo, emocional e comportamental que a pessoa mobiliza no sentido de lidar, tolerar ou reduzir as exigências que superam os seus recursos e representa uma estratégia para reduzir a vulnerabilidade ao *stress* (Navalhas, 1998).

As estratégias usadas por pessoas com doenças crónicas, na presença de potencial ameaça e baixa capacidade para lidar com ela, pode ser classificada a partir de um modelo onde as principais variáveis são agrupadas em estratégias centradas no problema e estratégias centradas na emoção (Folkman e Lazarus, 1980).

As estratégias centradas no problema objectivam a resolução do problema que originou o *stress* e são constituídas por acções deliberadas. As estratégias centradas na emoção têm por objectivo o controlo da resposta emocional do paciente ao estímulo *stressante* com base na interpretação que ele faz na sua relação com o ambiente (Lazarus, 1991).

Em algumas situações de saúde/doença o estímulo que desencadeia o *stress* é geralmente de duração prolongada, contínua e por vezes de alta intensidade. Desta forma a pessoa vê-se obrigada a desenvolver estratégias para enfrentar a situação mobilizando e desenvolvendo esforço cognitivo, emocional e comportamental no sentido de lidar, tolerar ou reduzir a vulnerabilidade ao *stress* (Navalhas, 1998). Nestas circunstâncias a pessoa pode desenvolver algumas estratégias relacionadas com a procura de informação, busca de suporte instrumental e emocional através da sua família e amigos, atribuição de significados às suas experiências e projecção de objectivos a longo prazo (Paúl e Fonseca, 2001, citando o trabalho de Moos, 1982).

### 3.4.1 Aplicação das Estratégias para Enfrentar o *Stress*

O uso de estratégias voltadas para a solução dos problemas tende a ser mais frequente em situações avaliadas como modificáveis incluindo a adesão à terapêutica visando a cura, ao passo que as estratégias voltadas para a mudança emocional tendem a ser mais intensas nas situações avaliadas como inalteráveis (Folkman e Lazarus, 1980).

As estratégias focadas na emoção, baseiam-se na interpretação que a pessoa faz na sua relação com o ambiente, envolvendo mais o pensar do que o agir, embora sem implicar a passividade, ocorrendo, no entanto, mudança de significado afectivo e alteração da reacção emocional (Lazarus, 1991).

As estratégias direccionadas para o controlo da resposta emocional do paciente ao estímulo *stressante* tais como o pensamento positivo e a utilização do apoio social podem trazer benefícios (Petrie e Moss-Morris, 1997). Entretanto, as emoções negativas (zanga, ansiedade e depressão) influenciam a sintomatologia somática (Ray *et al.*, 1992). Este tipo de emoções estão geralmente associadas a uma diminuição da qualidade de vida dos pacientes podendo inclusive, afectar a adesão à terapêutica (Brannon e Feist, 1997 citando Taylor e Aspinwall, 1993).

O envolvimento do paciente com o plano da terapêutica e a busca por informações relevantes, constituem meios que podem auxiliar estes pacientes a enfrentar melhor os problemas causados pela situação de *stress* (Pela, 2007 citando Kinasch *et al.*, 1993). A busca de apoio e suporte social são estratégias com grandes resultados na adesão à terapêutica uma vez que ajuda a pessoa a gerir o seu equilíbrio emocional de modo a enfrentar da melhor maneira a situação de crise (Navalhas, 1998 e Bennett, 2002). No contexto social e familiar de pacientes com patologias crónicas, o recurso a membros de família que assistem e lembram o paciente em relação à sua medicação é um importante factor explicativo de adesão à terapêutica (Bennett, 2002).

Um maior controlo sobre a intensidade do *stress* está associada a menores alterações emocionais e menos mobilização fisiológica e a melhores condições de adesão à terapêutica (Anderson, 1988).

Os pacientes que adoptam estratégias menos efectivas costumam responder de modo menos satisfatório às intervenções e requerem mais cuidados dos serviços de saúde. As intervenções destinadas a aplicação de estratégias mais eficazes podem ser benéficas tanto para o paciente como para o serviço de assistência (Kinash *et al.*, 1993).

A gravidade da doença parece não ter uma relação consistente com a estratégia aplicada ou com o ajustamento à doença, mas no entanto, o processo de aplicação dessas estratégias é afectado em grande escala por influências sociais e psicológicas (Sousa, 2003, citando Petrie e Moss-Morris, 1997).

### 3.5 Adesão à Terapêutica

Os novos modelos da prática profissional em saúde centram a sua filosofia no paciente, defendendo a interacção entre o paciente e o profissional de saúde quanto aos objectivos

e decisões para a terapêutica (Strand *et al.*, 1990). Dentro desse novo paradigma, o conceito de adesão se aproxima a *concordance*, considerando a interacção entre paciente e profissional de saúde, tendo como base a negociação e o consenso entre os actores (Aronson, 2007).

O conceito de adesão pode ser definido como a disposição de uma pessoa para usar um medicamento, seguir uma dieta ou executar mudança no estilo de vida e expressar sua concordância com recomendações feitas por profissionais de saúde (Haynes, 2001).

Outros autores definem o conceito como “a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% do seu total, observando horários, doses e a duração da terapêutica”, fazendo uma relação com o uso racional de medicamentos por parte dos pacientes (Leite e Vasconcellos, 2003).

Outros ainda relacionam a adesão à terapêutica ao comportamento associado ao uso de medicamentos, restringindo o foco a prescrição medicamentosa, considerando o acompanhamento por parte do paciente do regime medicamentoso acordado com o profissional de saúde e adoptando os mesmos métodos de aferição (Chisholm-Burns e Spivey, 2008).

A adesão é um fenómeno multidimensional determinado pela interacção de diferentes factores destacando-se o tipo da terapêutica as metodologias aplicadas pela unidade de assistência, assim como os aspectos socioeconómicos e a situação clínica do paciente (Sabate, 2003).

A adesão à terapêutica não é exclusivamente problema dos médicos. A expectativa da pessoa, os efeitos colaterais “palpáveis” e a co-responsabilidade destes sobre os resultados, frequentemente deixados de fora, são também questões decisivas para a adesão (Dalla *et al.*, 2009).

A decisão final de aderir à terapêutica compete ao paciente e por isso, as estratégias para facilitar a adesão devem ser individualizadas, pelo que é importante compreender o papel que a função psico-cognitiva pode exercer, e identificar alterações nesta área para melhor atender as dificuldades (Bond e Hussar, 1991).

A não adesão à terapêutica é um fenómeno complexo e os condicionantes objectivos relacionados com os efeitos colaterais, erros na dosagem e nos horários, esquecimento

na toma de medicamento são aspectos que podem influenciar o resultado do tratamento (Basco e Rush, 1996).

O auto-relato do paciente, através de questionário aplicado em entrevista e a observação da resposta sobre a forma como estão a ser utilizados os medicamentos prescritos é uma das principais modalidades do método indirecto para a aferição de adesão à terapêutica (Fodor *et al.*, 2005).

Embora este método seja amplamente divulgado a sua utilização deve ter em conta a baixa sensibilidade e a sobreavaliação que pode causar na aferição da adesão pelo que deve ser utilizado fundamentalmente como instrumento indicativo tendo em atenção as particularidades do método e o tipo da terapêutica (Beg e Arnsten, 2006).

## Resumo do Capítulo III

Neste capítulo procedeu-se o levantamento dos fundamentos teóricos relacionados com as teorias da psicologia social e de comportamento em saúde, consideradas relevantes para a interpretação do comportamento dos pacientes relativamente à doença e à terapêutica.

Foram analisadas as teorias sobre a motivação em saúde, *Locus* ou Expectativa de Controlo em Saúde, as teorias de  *coping*  e de adesão a terapêuticas, geralmente aplicadas em estudos relacionados com o comportamento em saúde.

A teoria de motivação em saúde fornece conhecimentos empíricos relevantes para a interpretação das principais causas que movem o comportamento dos pacientes perante a doença e a terapêutica.

A teoria de *Locus* de controlo em saúde permite compreender a expectativa do paciente relativamente ao controlo sobre a situação da doença e dos constrangimentos decorrentes, de forma a antecipar as suas necessidades e orientar esforços da terapêutica.

A teoria de  *coping*  em saúde sustenta conhecimentos que permitem interpretar os aspectos relacionados com a forma como o paciente se organiza e utiliza a sua capacidade, cognitiva, psicológicas e os recursos disponíveis, para enfrentar os problemas causados pela doença e a terapêutica.

Por último a teoria de adesão à terapêutica permite interpretar as dificuldades que o paciente normalmente apresenta para o cumprimento do “acordo” que este estabelece com os serviços de assistência relativamente às recomendações e às prescrições para se atingir os objectivos definidos.

# Capítulo IV

## Concepção da Pesquisa

---

### 4.1 Objectivo e Finalidade

A pesquisa tem como objectivo obter informações subjacentes ao comportamento dos pacientes submetidos a terapêutica para o HCV para a identificação das suas necessidades, limitações e dificuldades a partir da análise da expectativa, motivação, estratégias e comportamento de adesão face à terapêutica.

O estudo tem como finalidade fornecer aos decisores do actual processo de terapêutica do HCV e outros interessados, elementos tendo em vista a formulação de estratégias para a planificação da oferta de assistência em ambulatório médico, na perspectiva de melhorar a adesão e os resultados.

A pertinência deste estudo recair sobre a HCV prende-se com o facto de esta patologia apresentar maior incidência nos grandes centros urbanos, possuir grau elevado de contágio entre a população de risco, causar danos considerados no organismo da pessoa infectada, a sua terapêutica ser feita predominantemente em regime de ambulatório, e apresentar elevado grau de dificuldade para os pacientes.

A intencionalidade da pesquisa recai também sobre a necessidade de se obter elementos que contribuam para a superação das dificuldades que os clínicos possam experimentar no controlo do comportamento dos pacientes submetidos à terapêutica e minimizar o risco de ineficiência no processo, considerando o desequilíbrio na relação esforço/resultado.

### 4.2 Questões para a Investigação.

O paciente confrontado com a necessidade de adoptar estilo de vida compatível com o comportamento recomendável para o tratamento e o cumprimento de um penoso plano

terapêutico, a sua decisão para avançar com o tratamento e seguir as recomendações médicas dependerá em grande medida do seu nível de motivação para prosseguir.

Considerando as informações transmitidas pelos clínicos ao longo das sessões de consultas, os testes médicos para o início do tratamento e a adoção de comportamentos para a promoção de saúde, espera-se um aumento da competência adquirida para enfrentar a terapêutica traduzida num aumento da expectativa de controlo pessoal.

Durante o processo do tratamento deverá ocorrer um aumento das necessidades em apoio e suporte social motivados sobretudo pelo aparecimento das dificuldades e dos constrangimentos próprios do processo e da interação com os clínicos, traduzido num aumento de expectativa de controlo em outros poderosos.

Por sua vez, os efeitos decorrentes da situação e sobretudo da terapia aplicada tenderão a superar os recursos do paciente pelo que este, para manter o nível de adesão recomendável, procurará adoptar estratégias para controlar e minimizar os efeitos do *stress*.

Entretanto, o paciente pode manter-se alienado ao processo terapêutico e apresentar uma atitude mais passiva, mobilizando de forma menos coordenada os seus recursos para o controlo do reforço, traduzido na presença de expectativa de controlo em acaso (sorte ou azar).

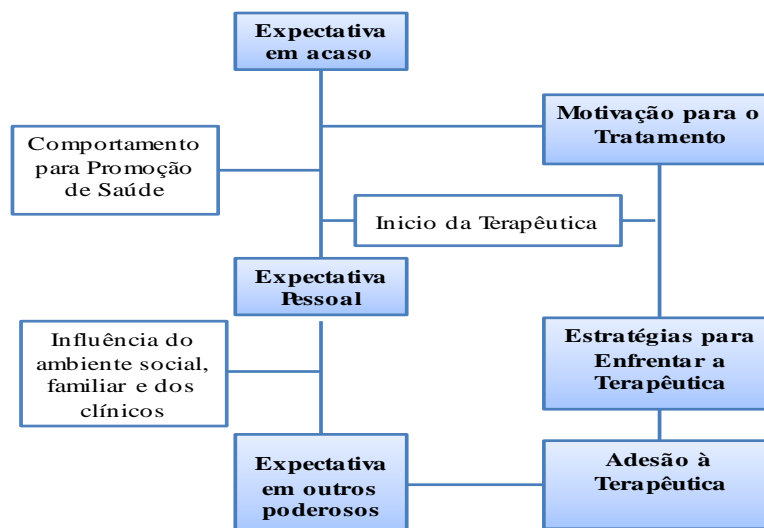


Figura 1- Exemplo de um Modelo Psicométrico para pacientes submetidos a terapêutica do HCV.

Perante a situação o paciente pode reagir de acordo com as suas competências ou a forma como aborda a situação, aderindo ou não ao processo da terapêutica e influenciando os recursos e o esforço que devem ser alocados pelos serviços de assistência. O modelo (Figura 1) sistematiza de forma simplificada os diferentes momentos representativos do processo.

Considerando estes elementos, torna-se pertinente perceber e interpretar o comportamento dos pacientes de forma a incluir no programa para a terapêutica elementos que visam satisfazer e orientar as suas necessidades, para a superação das dificuldades e limitações pelo que importa formular as seguintes questões:

- ❖ Quais são as determinantes na decisão dos pacientes para a terapêutica?
- ❖ Quais são as principais dificuldades e necessidades sentidas pelos pacientes no processo terapêutico?
- ❖ Como estão os pacientes a orientar-se e a desenvolver as suas competências para a terapêutica?

### 4.3 Variáveis Seleccionadas

Com base no modelo elaborado (Figura 1), considerando os fundamentos teóricos revistos nos capítulos antecedentes, as informações obtidas a partir de entrevistas não formais aos especialistas, as informações e dados retirados de publicações científicas relacionadas com a problemática do HCV, o desenvolvimento da pesquisa baseou-se fundamentalmente no estudo das variáveis presentes na Tabela 3.

Tabela 3. *Variáveis seleccionadas para a pesquisa*

<b>Variáveis dependente ou factores comum</b>	<b>Variáveis independentes ou principais</b>
Motivação para o Tratamento	Motivação Intrínseca Motivação Extrínseca
Expectativa de Controlo do Paciente	Expectativa Pessoal Expectativa em Outros Poderosos Expectativa em Acaso
Estratégias para Enfrentar o Tratamento	Estratégia focada na emoção Estratégia focada no problema
Adesão ao tratamento	

Dada a necessidade de se caracterizar a amostra, relativamente à sua representatividade no segmento específico de forma a facilitar a interpretação dos

resultados obtidos, foram introduzidas na pesquisa variáveis sócio-demográficas e clínicas.

#### 4.4 A População e a Amostra

A pesquisa incidiu-se sobre os pacientes submetidos ao tratamento convencional do HCV, que frequentavam consultas médicas no ambulatório do HJU. Para a realização da pesquisa foram consideradas as seguintes características de interesse ou condições:

- a. Idade superior a 18 anos;
- b. Submetido ao tratamento convencional do HCV há pelo menos 12 semanas;
- c. A frequentar consultas médicas para a Infecção C no Ambulatório médico.

A opção pela aplicação do método amostral deveu-se a:

- i. Impossibilidade de abarcar toda a população alvo do estudo dada a limitação em termos de tempo e do financiamento destinado à pesquisa;
- ii. Possibilidade de recusa dos pacientes qualificados em participar na pesquisa.

Realizada no edifício da consulta externa do HJU, a pesquisa abarcou pacientes mono-infectados e co-infectados. Os pacientes que participaram na pesquisa foram orientados de forma individual para o consultório médico disponibilizado para o efeito onde, na presença do pesquisador e depois de lerem e assinarem o termo de consentimento informado, preencheram os questionários.

Coube ao pesquisador o papel de propiciar um ambiente humano e tranquilizador de forma que os participantes se sentissem à vontade durante a pesquisa e esclarecessem as dúvidas.

Depois de cada participante terminar o preenchimento dos questionários procedeu-se a uma rápida verificação do formulário para a certificação do seu correcto preenchimento. Na presença de falhas ou falta de preenchimento os pacientes foram de novo convidados a completar as suas respostas.

Foram abordados 56 pacientes para colaborarem de forma voluntária na pesquisa, dos quais 54 apresentavam condições exigidas. Dos 54, 3 recusaram participar pelo que se obteve um total de 51 respostas.

Considerando a necessidade de se inferir sobre os resultados da pesquisa a partir dos valores amostrais, e de forma a garantir a representatividade das características da população alvo do estudo, determinou-se o tamanho necessário para a amostra.

O tamanho necessário para a amostra foi de 44 elementos. A precisão foi especificada em termos relativos tendo como referência a média das idades dos pacientes que se submeteram à terapêutica (Apêndice II, Quadro 10) e a extracção dos elementos foi feita através do método aleatório simples.

#### 4.5 Recolha de Dados

Os dados para o estudo foram recolhidos entre os meses de Abril e Junho de 2011 no HJU depois de concedida a autorização necessária para o efeito (Anexo I) sendo que, neste processo, os instrumentos de recolha foram submetidos a um cuidadoso escrutínio da Comissão de Ética do Hospital.

Nestes instrumentos foram incluídos questionários estruturados destinados a recolha de dados sociodemográficos e Psicométricos dos pacientes submetidos à terapêutica do HCV em ambulatório. A recolha dos dados sociodemográficos foi feita em questionário fechado com perguntas de alternativas fixas (Anexo II, Questionário V).

Nos instrumentos de recolha dos dados Psicométricos foram adoptadas escalas e itens (variáveis originais) de modelos de questionários validados e aplicados em estudos relacionados com a problemática do comportamento em saúde, caracterizados no Apêndice I

Para a caracterização clínica da amostra procedeu-se à recolha de dados clínicos dos participantes, através de consultas aos processos individuais com recurso a formulário elaborado para este fim, com o apoio do pessoal clínico e administrativo do Hospital (Anexo II, Tabela 4).

#### 4.6 Adaptação dos Modelos de Escalas Psicométricas

Para a aplicação dos modelos de escala psicométricas utilizado no estudo procedeu-se, em alguns casos, ao ajustamento dos itens dos instrumentos originais com algumas adaptações de linguagem de forma a enquadrá-los o mais possível à realidade do estudo.

Os conteúdos e a forma dos itens foram sujeitos ao escrutínio da Comissão de Ética e a análise dos técnicos que colaboram no ambulatório do HJU.

Os questionários iniciais foram submetidos ao pré-teste de forma a ser avaliado o grau de clareza dos itens em relação ao nível de interpretação da população alvo. Considerando as características de interesse para a amostra e o nível de escolaridade, as entrevistas foram realizadas junto a elementos pré seleccionados com base em características de interesse e observada a heterogeneidade das características sociodemográficas e os aspectos clínicos dos pacientes. Foram também identificadas questões que se deveriam transferir para o formulário de dados clínicos a partir da análise às reacções e às dificuldades manifestadas pelos participantes em responder às questões.

#### 4.7 Metodologia para Análise dos Dados

A análise dos dados foi feita com recurso ao *software* de manipulação, análise e apresentação de resultado “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS). Foi utilizada a versão 19, instalada no sistema informático da Faculdade de Economia do Porto (FEP).

Aplicou-se o princípio de Consistência Interna e da Validade dos modelos com recurso a medida de *Coefficiente Alfa de Cronbach* e as técnicas de Análise Factorial (AF) com base no tipo de instrumento de recolha dos dados, a natureza das variáveis adoptadas, os objectivos e a orientação da pesquisa.

Para evitar os efeitos da diferença de variabilidade e/ou grau de dificuldade, garantir a homogeneidade dos valores e evitar resultados subavaliados, aplicou-se a standardização dos itens nos modelos.

Na AF aplicou-se o método das Componentes Principais de forma a facilitar a fixação do número de factores ou dimensões, teoricamente pré-definidos, e os seus respectivos pesos no modelo.

De forma a testar a utilidade da aplicação da AF sobre a amostra, ou seja, se as dimensões ou factores a serem reditos resumem as informações de itens correlacionados, aplicou-se o teste de esfericidade de *Bartlett*. Com base no valor do *p-value* do teste decidiu-se sobre a hipótese  $H_0: \Pi = I$  vs  $H_1: \Pi \neq I$  ou seja, se ao reter as

dimensões (os factores) o modelo explica melhor ou não a proporção das variâncias dos dados.

Entretanto, para avaliar a qualidade dos dados, ou seja, se as respectivas dimensões estão a ser explicadas pelos pares de itens que as representam no modelo e se este está ajustado à amostra, aplicou-se a estatística da adequação da amostra de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO).

Para particularizar a qualidade de cada item na estrutura das dimensões no modelo, considerou-se os valores da medida *Measure of Samples Adequacy* (MSA) dada pelos coeficientes da diagonal principal da matriz de anti-imagem para as correlações. Este índice facilitou o ajuste dos modelos uma vez que permitiu identificar itens que menos se ajustavam aos dados.

De forma a reduzir os efeitos de correlação, simplificar os resultados do modelo e melhorar a interpretação das relações entre as dimensões e os respectivos itens, procedeu-se a rotação da matriz dos factores através do método *varimax*.

Na retenção dos factores ou dimensões, considerou-se o nível de variância explicada (> 60%), o nível da capacidade explicativa das dimensões superior a de uma variável isolada (valor próprios ou *eigenvalue*>1) e a análise do gráfico de declive (*scree plot*).

De forma a certificar que a matriz das correlações da amostra não é significativamente diferente da matriz populacional estimada pelo modelo ajustado e a validade da interpretação da associação dos itens com as respectivas dimensões, efectuou-se a avaliação da qualidade do ajustamento do modelo aos dados.

Estas avaliações foram feitas com base no valor da percentagem dos resíduos (erros) resultante da diferença entre as correlações observadas e as correlações estimadas pelo modelo, calculada directamente pela aplicação SPSS.

Em alternativa calculou-se o *Goodness of Fit Index* (GFI), um índice vulgarmente utilizado em análise de equações estruturais e calculado com base nos valores dos resíduos presente no modelo e o índice *Root Mean Square Residual* (RMSR) calculado com base na comparação ente o nível de correlação entre a matriz do modelo observado e o estimado pelo modelo (Apêndice III).

A interpretação dos resultados foi feita à luz das teorias relacionadas com a problemática do HCV e sobre a sua terapêutica convencional, os elementos sobre as teorias da psicologia social e clínica, em função dos resultados estatísticos e as medidas de efeitos dos Itens (variáveis independentes) sobre as dimensões (variáveis dependentes).

## Resumo do Capítulo IV

---

Este capítulo destinou-se à especificação dos detalhes e das questões práticas para o desenvolvimento da pesquisa.

Com base nas informações detalhadas no capítulo anterior e as indicações obtidas a partir das entrevistas informais aos especialistas da área, procedeu-se à esquematização do modelo analítico para facilitar a interpretação do comportamento dos pacientes ao longo do processo do tratamento e a definições de questões a serem respondidas pela pesquisa assim como a especificação das principais variáveis a serem incluídas no estudo.

Considerando os objectivos e as informações obtidas, a pesquisa foi orientada de forma a ser aplicado o método de levantamento envolvendo questionários estruturados.

Para a obtenção de informações sobre o comportamento dos pacientes relativamente à terapêutica adoptou-se para a pesquisa modelos de escalas de *liket*. Procedeu-se à adaptação desses modelos de acordo com a realidade do mercado alvo e dos objectivos e da pesquisa.

Considerando os riscos dos erros não amostrais, nomeadamente a possibilidade de recusa dos pacientes qualificados em participar na pesquisa optou-se pelo método de amostragem.

Depois de identificadas a característica de interesse que para a inferência dos resultados da pesquisa sobre a população alvo do estudo, determinou-se o tamanho necessário para a amostra e a sua precisão foi especificada em termos relativos tendo como referência a média das idades dos pacientes que se submeteram ao tratamento.

A selecção dos elementos representativos para a amostra foi feita através do método aleatório simples. Para a sua caracterização associou-se à pesquisa o levantamento de informações sociodemográficas e clínicas tendo em conta a natureza da população alvo.

Em função da estrutura da pesquisa e dos instrumentos de recolha de dados aplicados optou-se pelas técnicas de Análise de Consistência Interna e Análise factorial.

O resumo do capítulo V dedicado à análise dos dados e dos resultados será feito no capítulo VI dedicado especialmente a conclusões e recomendações, que abordará também os aspectos relacionados com as limitações e advertências sobre o nível dos resultados e a interpretação dos dados.

## Capítulo V

### A Análise e os Resultado da Pesquisa

---

#### 5.1 Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Na amostra seleccionada 80% de pacientes eram de sexo masculino e apenas 20% eram de sexo feminino, resultado muito próximo dos valores obtidos em outros estudos já realizados na Região Norte e no HJU.

Todos os pacientes eram de origem caucasiana com a média de idades a rondar os 43 anos, com um mínimo de 30 e máximo de 56 anos. Cerca de 43% eram solteiros e 34% casados. Os restantes 23% estavam repartidos por viúvos (14%) e separados ou divorciados (9%).

Relativamente a nível de escolaridade, cerca de 89% tinham um nível igual ou inferior ao ensino secundário ou básico, e os restantes 11% possuíam formação técnica. Quanto à situação laboral, 48% afirmou estar empregado antes e durante o tratamento. Os outros 52% estavam reformados ou desempregados antes ou durante o tratamento.

Relativamente aos hábitos de consumo não recomendável antes do início do tratamento, no que diz respeito ao consumo de álcool, 18% consumia mais de 1 litro por dia e 14% tinha o hábito de beber até 3 copos por dia. Afirmaram que bebiam ocasionalmente cerca de 34% e a mesma percentagem indicou não ter o hábito de consumo de qualquer tipo de bebida alcoólica.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, durante o período de tratamento, 95% afirmou ter-se mantido em abstinência absoluta e apenas 5% considerou ter quebrado o compromisso com as recomendações médicas.

Em relação ao uso de substâncias psicotrópicas e drogas ilícitas, apenas 18% afirmou ter consumido antes ou durante o tratamento e os outros 82% afirmaram nunca ter usado estes tipos de substâncias.

O Quadro 1 resume as principais características sócio demográficas da amostra.

Quadro 1. *Características Sociodemográficas da amostra*

<b>Características</b>	<i>f</i>	%	$\mu$	$\sigma$
<b>Sexo</b>				
Masculino	35	80		
Feminino	9	20		
<b>Idade</b>				
[30 , 39]	13	30	43	6,9
[40 , 49]	23	52		
> 50	8	18		
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro/Separado/Viuvo	29	66		
Casado ou em Uniao	15	34		
<b>Escolaridade (Ensino)</b>				
Basica	17	39		
Secundaria	22	50		
Tecnica	5	11		
<b>Ocupação</b>				
Com actividade remunerada	23	48		
ctividade remunerada ou aposentado	21	52		
<b>Consumo de Alcool</b>				
Antes da terapêutica	29	66		
Durante o terapêutica	5	11		
<b>Uso de Drogas</b>				
	8	18		

## 5.2 Caracterização Clínica da Amostra

Na amostra recolhida a percentagem de pacientes co-infectados era de 43% contra os 57% monoinfectados.

Do total de pacientes que participaram na pesquisa mais de metade (55%) tinha idade superior a 40 anos quando iniciou o tratamento.

Relativamente a características preditivas do prognóstico, 40% de pacientes tinham os genotipos mais favoráveis (genotipo 2 e 3) e 60% apresentavam genotipos mais resistentes a terapia (Genotipo 1 e 4). 61% apresentava níveis de viremia elevado, superior a 400.000 ul/ml, a quando do inicio do tratamento e cerca de 80% apresentaram o valor da alanina aminotransferase (ALT) normalizado à 12<sup>a</sup> semana do tratamento.

Quanto a resposta à terapêutica 15% de paciente obtiveram um RVR e 28% um EVR. O Quadro 2 resume as características acima referenciadas.

Quadro 2. *Características Clínicas da amostra*

<b>Monoinfectados</b>	25	57%
<b>Co-infectados</b>	19	43%
<b>Idade no Início do Tratamento</b>		
$\geq 40$	24	55%
$< 40$	20	45%
<i>HVC Genotipo 1</i>	23	52%
<i>HVC Genotipo 2</i>	3	7%
<i>HVC Genotipo 3</i>	13	30%
<i>HVC Genotipo 4</i>	4	9%
<b>Viremia, início do tratamento (ul/ml)</b>		
$> 400.000$	27	61%
$< 400.000$	17	39%
<b>Aminotransferase (ALT) as 12<sup>a</sup> semanas</b>	40	
<i>Normalizada</i>	32	80%
<i>Alterada</i>	8	20%
<b>Resposta ao tratamento as 12<sup>a</sup> Semanas</b>		
<i>RVR</i>	15	34%
<i>EVR</i>	28	64%

### 5.3 Análise e Resultados da Motivação de Pacientes para o Tratamento

Na análise à consistência interna (Anexo III, Quadro 11) obteve-se para o modelo o valor de 0,88 para alfa de Cronbach considerado como bom (Pestana & Gangeiro, 2005). Os valores estatísticos obtidos (Quadro 3) revelaram um forte equilíbrio dos itens na contribuição para a consistência interna do modelo. No entanto, os itens V8 “Quero evitar que a minha saúde se degrade” e V16 “Não quero correr o risco de infectar outras pessoas” encontravam-se menos correlacionados com o total da escala sendo que o segundo também apresentava um valor para a medida de efeito ( $R^2$ ) pouco significativo.

Efectuou-se a análise das dimensões motivação intrínseca e extrínseca com recurso a AF e o teste de esfericidade de *Bartlett* apresentou um valor para *p-valeu*  $<0.001$  (Anexo III, Quadro 12) corroborando a hipótese das dimensões ou factores reditos

resumirem as informações de itens correlacionados. Entretanto, na análise à qualidade da adequação dos itens a amostra (MAS) os 2 itens anteriormente referenciados, embora teoricamente relevantes para explicar a motivação dos pacientes, apresentaram coeficiente inferiores a 0,5 demonstrando estarem desajustados à estrutura definida pelas outras variáveis presentes no modelo.

Quadro 3. *Resultados estatísticos dos itens no modelo motivação dos pacientes*

Demoninação dos Itens	Estatística do modelo		
	Correlação entre os scores do item e o total da escala	R <sup>2</sup>	Alfa de Cronbaches se o item for removido
V1 Quero que os outros vejam que sou capaz de o fazer.	,734	,840	,866
V2 É melhor fazê-lo do que ficar a pensar nisso.	,457	,579	,879
V3 É a melhor opção que eu poderia tomar.	,532	,687	,876
V4 O médico disse-me para o fazer.	,514	,739	,876
V5 Acredito que ao fazê-lo vou melhorar a minha saúde.	,462	,913	,879
V6 É a melhor coisa que posso fazer por mim.	,453	,901	,879
V7 Quero que o médico pense que sou um bom doente.	,605	,795	,874
V8 <b>Quero evitar que a minha saúde se degrade.</b>	<b>,288</b>	,582	,883
V9 Fazê-lo é para mim um desafio.	,505	,577	,877
V10 É importante para que eu possa manter-me saudável.	,483	,616	,878
V11 Sentir-me-ia mal comigo mesmo se não o fizesse.	,553	,588	,875
V12 Outras pessoas ficariam aborrecidas comigo se eu não o fizesse.	,577	,680	,874
V13 Sentir-me-ia culpado se não o fizesse.	,745	,791	,865
V14 Não quero que as outras pessoas se decepcionem comigo.	,694	,796	,868
V15 Sentiria vergonha se não o fizesse.	,699	,718	,868
V16 <b>Não quero correr o risco de infectar outras pessoas.</b>	<b>,164</b>	<b>,286</b>	,886

Considerando que os 2 factores retidos apenas explicavam 58% da variância dos itens e tendo em conta que o valor mínimo necessário deve ser de 60% (Malhotra, 2006) procedeu-se ao ajuste do modelo suprimindo os 2 itens estatisticamente desajustados.

No modelo ajustado obteve-se um coeficiente para a medida de adequação do modelo à amostra (KMO) de 0,72 (Anexo III, Quadro 12), considerado como razoável (Pestana e Gangeiro, 2005).

Depois de aplicada a rotação da matriz dos factores obteve-se um modelo com valores dos coeficientes MSA aceitável e os 2 factores retidos passaram a responder por mais de

60 % da variância dos itens (Anexo III, Quadro 14) confirmado pelo declive das duas primeiras rectas do *scree plot* (Anexo III, Gráfico 2).

No entanto, na avaliação da qualidade do ajustamento da estrutura factorial verificou-se que 50 (54%) de resíduos, resultante da diferença entre as correlações observadas e as correlações estimadas, apresentavam valor absoluto superior a 0,05.

Como não se podia garantir, com estes resultados, a validade da interpretação da associação dos itens com as respectivas dimensões calculou-se o coeficiente do índice *Goodness of Index* (GFI) e obteve-se um valor de 0,999. Depois do ajustamento obteve-se um valor final para o índice de 0,986.

Desta forma, ponderando a elevada percentagem de resíduos com valor absoluto superior a 0,05, classificou-se, com base na avaliação dada por Maroco (2007), de muito bom o ajustamento do modelo aos dados pelo que procedeu-se a análise da associação dos itens aos respectivos factores.

O nível de desajuste do item V8 “Quero evitar que a minha saúde se degrade” e V16 “Não quero correr o risco de infectar outras pessoas” ao modelo assim como o baixo valor dos coeficientes das medidas de efeito ( $R^2$ ) do segundo item (Quadro 3) poderá evidenciar alguma dificuldade dos pacientes relativamente aos aspectos relacionados com a informação sobre a patologia.

Na análise à dimensão Motivação Extrínseca (Quadro 4) os itens V4 “Sentir-me-ia mal comigo mesmo se o não fizesse” e V6 “Sentir-me-ia culpado se não o fizesse” que teoricamente remetem para comportamento intrinsecamente motivado, apresentam valores de coeficientes mais elevados para a dimensão extrínseca. Considerando o coeficiente destes 2 itens para ambas as dimensões é provável que os aspectos socioculturais presentes no meio envolvente estejam a pesar nas decisões dos pacientes para o tratamento.

O item V3 “Faze-lo é para mim um desafio” considerado teoricamente relacionado com a motivação intrínseca, embora com o coeficiente pouco expressivo no modelo, tende a explicar a motivação extrínseca podendo significar que, embora as decisões dos pacientes sejam pessoais, sofrem as influências do meio familiar e social.

Por seu lado, os itens V13 “O médico disse-me para o fazer” que remete para comportamento extrinsecamente motivado apresenta coeficiente elevado para a dimensão intrínseca. Este resultado pode significar que, embora a motivação esteja a ser controlada por factores externos vindo dos clínicos, estes parecem ser reforçados por pressões intrínsecas aos pacientes resultantes da confiança ou da empatia com os clínicos.

Quadro 4. *Peso factorial dos itens no modelo motivação para a terapêutica*

Itens	Dimensão da Motivação	
	Extrinseca	Intrinseca
V1 Quero que os outros vejam que sou capaz de o fazer.	,827	,207
V2 Quero que o médico pense que sou um bom doente.	,746	,112
V3 Fazê-lo é para mim um desafio.	,489	,324
V4 Sentir-me-ia mal comigo mesmo se não o fizesse.	,538	,309
V5 Outras pessoas ficariam aborrecidas comigo se eu não o fizesse.	,801	-,029
V6 Sentir-me-ia culpado se não o fizesse.	,734	,372
V7 Não quero que as outras pessoas se decepcionem comigo.	,861	,076
V9 Sentiria vergonha se não o fizesse.	,822	,154
V10 É melhor fazê-lo do que ficar a pensar nisso.	,313	,515
V11 É importante para que eu possa manter-me saudável.	,217	,636
V12 É a melhor opção que eu poderia tomar.	,163	,818
V13 O médico disse-me para o fazer.	,296	,607
V14 Acredito que ao fazê-lo vou melhorar a minha saúde.	,001	,905
V15 É a melhor coisa que posso fazer por mim.	,000	,911

Relativamente aos itens V11 “É importante para que eu possa manter-me saudável” e V14 “Acredito que ao fazê-lo vou melhorar a minha saúde” os pacientes parecem demonstrar que assumem o tratamento porque a ideia de se manter saudável é congruente com os seus valores. Por outras palavras, neste modelo e para esta amostra, os pacientes que valorizam a sua saúde tendem a optar pelo tratamento.

#### 5.4 Análise e Resultados da Expectativa de Controlo dos Pacientes.

Na análise à consistência interna do modelo obteve-se, depois da estandardização dos coeficientes (Anexo III, Quadro 16), de acordo com a referência dada por Pestana e Gangeiro (2005), a consistência interna do modelo em relação aos dados (*Alfa de Cronbach* = 0,71) foi considerada de razoável.

No entanto, alguns itens apresentavam-se menos correlacionados com o total da escala assim com o valor para a medida de efeito ( $R^2$ - coeficiente de determinação múltipla) apresentavam-se também menos significativo para alguns itens (Quadro 5).

Com este valor de fiabilidade aplicou-se a AF e pelo método da componente principal realizou-se a extracção dos factores. A análise da KMO apresentou-se, inicialmente, inferior a 0,5 (modelo não executável) e os valores do coeficiente de MSA, para alguns itens, incluído os que já tinham sido referenciados, eram inferiores a 0,5 pelo que ajustou-se o modelo suprimindo os itens referenciados.

Quadro 5. *Resultados estatísticos dos itens no modelo expectativa de controlo dos pacientes*

Demoninação dos Itens	Estatística do modelo		
	Correlação entre os scores do item e o total da escala	R <sup>2</sup>	Alfa de Cronbaches se o item for removido
V1 A melhor maneira de tratar a doença é seguir todos os conselhos do médico	,170	,595	,710
<b>V2 Todas as vezes que eu não me sinto bem de saúde procuro o médico</b>	<b>,290</b>	<b>,499</b>	,700
V3 A minha saúde depende muito do meu equilíbrio familiar.	,409	,577	,691
<b>V4 O meu médico é quem deve decidir sobre o que devo fazer para melhorar a minha saúde.</b>	<b>,277</b>	<b>,419</b>	,702
<b>V5 Ficarei curado da doença se as pessoas cuidarem bem de mim (médicos, enfermeiros, amigos e família).</b>	<b>,353</b>	<b>,412</b>	,694
V6 Para ficar curado, apenas tenho que seguir a orientação do meu médico.	,363	,573	,693
<b>V7 O resultado do tratamento depende do meu comportamento.</b>	<b>,164</b>	<b>,451</b>	,711
V8 Eu sou capaz de controlar e superar os efeitos do tratamento.	,207	,618	,709
<b>V9 A possibilidade da minha cura depende principalmente de mim.</b>	<b>,142</b>	<b>,449</b>	,713
V10 O que afecta a minha saúde é principalmente o meu estilo de vida.	,100	,500	,721
V11 Se eu me comportar correctamente posso ficar livre da doença.	,359	,555	,694
V12 Se eu fizer bem as coisas terei bons resultados.	,359	,716	,695
<b>V13 Se tiver que continuar doente continuarei de qualquer maneira.</b>	<b>,242</b>	<b>,363</b>	,708
<b>V14 Muitas coisas que afectam a minha saúde ocorrem casualmente.</b>	<b>,232</b>	<b>,466</b>	,706
V15 A sorte é muito importante para que eu recupere da doença.	,445	,620	,683
V16 O estado da minha saúde depende da sorte ou do azar que eu tiver.	,639	,696	,658
<b>V17 O estado da minha saúde depende da sorte ou do azar que eu tiver.</b>	<b>,133</b>	<b>,461</b>	,716
V18 A minha cura dependerá da minha sorte ou do meu destino.	,390	,656	,689

No modelo ajustado para o teste de *Esfericidade de Bartlett* obteve-se um valor de *p-valeu* <0.001 (Anexo III, Quadro 17) corroborando a hipótese das dimensões ou factores reditos resumirem as informações dos itens correlacionados.

A KMO apresentou um valor de 63,5 (Anexo III, Quadro 17). Com este valor o modelo, embora “sofável”, pode ser considerado executável (Pestana e Gangeiro, 2005) sendo que para MSA os valores de coeficiente apresentaram-se todos superiores a 0,5 (Anexo III, Quadro 18).

Considerando a regra de retenção de factores para *eigenvalue* > 1, às 3 dimensões ou factores explicam 65,6% da variabilidade total dos itens no modelo ajustado (Anexo III, Quadro 19) e o gráfico de *scree plot* (Anexo III, Quadro 3) confirma a presença das 3 dimensões no modelo.

No entanto, 21 (58%) de resíduos resultantes da diferença entre as correlações observadas e as correlações estimadas apresentavam valor absoluto superior a 0,05. Como não se podia garantir, com estes resultados, a validade da interpretação da associação dos itens com as respectivas dimensões calculou-se o coeficiente do índice *Goodness of Index* (GFI) e obteve-se um valor de 0,869.

Entretanto, através do GFI só se pode considerar que o modelo se ajusta razoavelmente bem aos dados quando o valor deste índice for superior a 0,9 (Maroco, 2007).

De forma a se verificar se o nível de ajustamento do modelo aos dados é ou não aceitável recorreu-se a outro índice *Root Mean Square Residual* (RMSR), e obteve-se um valor de 0,016 inferior a 0,05, limite para se referenciar o ajustamento, através deste índice como muito bom (Maroco, 2007).

Apesar do valor do GFI não dar um bom ajustamento ao modelo, o RMSR, sendo um índice mais potente atribui ao modelo um ajustamento muito bom em relação aos dados pelo que, ponderando a elevada percentagem dos resíduos com valor absoluto superior a 0,05, procedeu-se a interpretação dos dados.

A análise à Expectativas em Controlo Pessoal (Quadro 6) verifica-se que apenas o item V11 “Se eu me comportar correctamente, posso ficar livre da doença” apresenta coeficiente significativo para esta dimensão. Isto pode significar pouca competência adquirida por parte dos pacientes para enfrentarem a terapêutica embora interiorizem o dever e a obrigação de assumirem comportamentos para a promoção de saúde de forma a reduzir o risco de insucesso.

O item V12 “Se eu fizer bem as coisas terei bons resultados” apresenta coeficiente elevado para a dimensão Expectativa em Outros Poderosos. Observando o valor do coeficiente do item para esta dimensão, a sua estatística e a importância teórica no modelo, podemos considerar que, provavelmente, as expectativas dos pacientes em relação aos resultados do tratamento estão no controlo externo, nomeadamente no pessoal clínico.

Relativamente à dimensão Expectativa em Outros Poderosos o item V5 “Ficarei curado da doença se as pessoas cuidarem bem de mim (médicos, enfermeiros, amigos e família) apresenta valor de coeficiente elevado apenas para a Dimensão Expectativa em Controlo Pessoal. Estes resultados reforçam a ideia de que os pacientes procuram assumir o dever e a obrigação de adoptar comportamentos para a promoção de saúde de forma a reduzir o risco de insucesso na terapêutica.

Quadro 6. *Peso factorial dos itens no modelo expectativa de controlo dos pacientes*

Itens	Expectativas		
	1	2	3
	Expectativa de Controlo em Acaso	Expectativa de Controlo em Outros Poderosos	Expectativa de Controlo Pessoal
V15 A sorte é muito importante para que eu recupere da doença.	<b>,889</b>	-,018	,068
V17 O estado da minha saúde depende da sorte ou do azar que eu tiver.	<b>,815</b>	,290	,146
V18 A minha cura dependerá da minha sorte ou do meu destino.	<b>,821</b>	,055	-,095
V6 Para ficar curado, apenas tenho que seguir a orientação do meu médico.	-,084	<b>,707</b>	,404
V2 Todas as vezes que eu não me sinto bem de saúde procuro o médico	,276	<b>,629</b>	-,241
V3 A minha saúde depende muito do meu equilíbrio familiar.	,190	<b>,584</b>	,141
V5 <b>Ficarei curado da doença se as pessoas cuidarem bem de mim (médicos, enfermeiros, amigos e família).</b>	,102	,080	<b>,824</b>
V11 Se eu me comportar correctamente posso ficar livre da doença.	-,017	,126	<b>,830</b>
<b>V12 Se eu fizer bem as coisas terei bons resultados.</b>	-,030	<b>,807</b>	<b>,100</b>
Variância explicada	<b>30,7%</b>	21,1%	13,9%
Eigenvalue	<b>2,762</b>	1,901	1,248

Para a dimensão Expectativa em Acaso os três itens representativos que fazem referência directa a expectativa dos pacientes à sorte/azar apresentam coeficientes bastante elevados.

Feita a análise ao valor do *eigenvalues* e à percentagem de variância explicada pelas 3 dimensões no modelo (Quadro 6; Anexo III, Quadro 19), verificou-se que a dimensão Expectativa em Acaso explica a maior percentagem na variabilidade dos itens. Este resultado poderá indicar uma forte presença da expectativa em acaso (sorte, azar ou destino) na determinação do reforço do tratamento. No entanto, nesta análise deve ser considerada a proporção de pacientes co-infectados na amostra e a sua particular situação.

### 5.5 Análise e Resultados das Estratégias para Enfrentar o Tratamento

A análise à consistência interna do modelo obteve-se um valor para *alfa de Cronbach* de 0,81 e, de acordo com a referência dada por (Pestana e Gangeiro, 2005) a consistência interna do modelo em relação aos dados pode ser considerada de boa.

Com este valor de fiabilidade aplicou-se a AF. Pelo método da componente principal realizou-se a extracção para 4 factores. A análise da KMO apresentou-se, inicialmente,

inferior a 0,5 (modelo não executável) e os valores do coeficiente de MSA, para alguns itens apresentavam-se, também, inferiores a 0,5.

Seguindo o critério subjectivo de Sharma (1996) e Pestana Gangeiro (2005) estes itens foram suprimidos e procedeu-se ao ajuste do modelo. Do modelo ajustado obteve-se um valor para a KMO de 0,68 (“sofrível”, mas executável). Com o *p-valeu* <0.001 no teste de Esfericidade de Bartlett (Anexo III, Quadro 22) considerou-se que as dimensões reditas resumem informações de itens correlacionados.

Depois de aplicado o método de rotação de factores para a obtenção de uma solução interpretável para o modelo ajustado obteve-se uma estrutura com os 4 factores retidos a explicar 62,4% da variância total dos itens presente no modelo (Anexo III, Quadro 23).

Também para este modelo, com 61 (50%) de resíduos a apresentar valor absoluto superior a 0,05 não se pode afirmar, a partir da observação do valor do resíduo, que a qualidade do ajustamento da estrutura do modelo aos dados é suficientemente boa para se poder interpretar os resultados obtidos.

Calculou-se o índice Goodness of Index (GFI) e obteve-se um valor de 0,992. Depois do ajustado do índice obteve-se um valor de 0,982. Com estes resultados, ponderando a elevada percentagem de resíduos com valor absoluto superior a 0,05, procedeu-se a interpretação dos resultados, uma vez que o modelo apresenta um ajustamento muito bom aos dados.

Na análise à composição das dimensões, no D1 (Quadro 7) encontram-se itens que dizem respeito a reacção emocional relacionada e ao pensamento fantasioso.

Por sua vez a dimensão D2 agrupa itens que fazem referência a focalização no problema causador do *stress* e a aplicação de mecanismos tendo em vista a sua resolução. Nesta dimensão os itens V9 “Esforço-me para fazer o que é necessário para ficar curado(a)” e V10 “Estabeleci regras e planos que devo seguir de forma a facilitar o tratamento” dão indicações sobre a disponibilidade dos pacientes para participarem em programas destinados ao reforço do tratamento.

Por seu lado os itens V12 “Procuro não agir tão precipitadamente ou não seguir sempre a minha primeira ideia” indicia orientação dos pacientes para a socialização em iniciativa de grupos.

Quadro 7. *Peso factorial dos itens no modelo estratégias aplicadas pelos pacientes*

Item	Estrategia			
	D1	D2	D3	D4
V2 Procuro tirar partido da experiência que estou a viver.	<b>,778</b>	,152	,081	-,105
V7 Sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele que estou a passar.	<b>,650</b>	,344	,196	,209
V8 Digo a mim mesmo o quanto já consegui.	<b>,659</b>	,331	,275	,041
V17 Penso em fantasias de forma a sentir-me melhor.	<b>,718</b>	-,061	,113	,101
V19 Refugio-me na minha fé para superar esta situação.	<b>,716</b>	,109	,055	,343
V9 Esforço-me para fazer o que é necessário para ficar curado(a).	,170	<b>,866</b>	,033	,160
V10 Estabeleci regras e planos que devo seguir de forma a facilitar o tratamento.	,073	<b>,655</b>	,330	,234
V12 Procuro não agir tão precipitadamente ou não seguir sempre a minha primeira ideia.	,042	<b>,624</b>	,157	-,277
<b>V22 Procuro ser uma pessoa mais forte e optimista.</b>	<b>,258</b>	<b>,686</b>	-,003	<b>,335</b>
<b>V11 Procuro acumular experiência com o que estou a passar.</b>	<b>,210</b>	<b>,473</b>	<b>,370</b>	-,380
V6 Procuro falar com as outras pessoas sobre o meu estado de saúde.	-,075	,224	<b>,748</b>	-,018
V5 Procuro aconselhar-me com pessoas amigas ou familiares.	,179	,012	<b>,630</b>	,360
V20 <b>Procuro o lado positivo desta situação.</b>	<b>,258</b>	,009	<b>,573</b>	,030
V21 <b>Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.</b>	,254	<b>,277</b>	<b>,679</b>	,221
V3 Procuro informação sobre a doença e o tratamento	,206	,127	,075	<b>,800</b>
V4 Converso com as pessoas sobre como me sinto.	,093	,089	,335	<b>,767</b>
Variância Explicada (%)	<b>29,990</b>	12,646	11,162	8,123
Eigenvalue ou valor próprio	<b>4,798</b>	2,023	1,786	1,300

Entretanto, os itens V11 “Procuro acumular experiência com o que estou a passar” e V22 “Procuro ser uma pessoa mais forte e optimista” que remetem para atitudes relacionadas com a reacção emocional encontra-se a representar a dimensão foco no problema. Estes resultados indicam que os pacientes podem estar a realizar, talvez por não possuírem outras ferramentas, a aproximação do problema envolvendo mais o pensar do que o agir.

Por seu lado a dimensão D3 faz referência à estratégia de apoio social. O item V21 “Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez” que remete para a estratégia de acção encontra-se também a representar esta dimensão assim como o itens V20 “Procuro o lado positivo desta situação” que remete para a reacção emocional. Os valores dos coeficientes destes dois itens para esta dimensão poderão indicar alguma utilização por parte dos pacientes em apoio de terceiros a nível pedagógico e psicológico para atingirem os objectivos desejados ou a satisfação durante o processo terapêutico.

A última dimensão D4 faz referência a suporte social. De destacar o coeficiente do item V3 “Procuro informação sobre a doença e o tratamento” que poderá indicar interesse

dos pacientes na busca de informações para melhor enfrentar os problemas ao longo do tratamento.

Relativamente à variância explicada, a maior proporção vai para a dimensão D1 evidenciando um maior foco dos pacientes em estratégias viradas para as reacções emocionais (mais de 53,2% da variância explicada pelas 4 dimensões retidas), confirmado pelo declive do *scree plot* (Anexo III, Gráfico 4).

## 5.6 Análise e Resultados da Adesão a Terapêutica.

Sendo uma escala unidimensional aplicou-se a análise da consistência interna do modelo em relação à amostra. Depois da standardização dos itens (Quadro 26) obteve-se um valor para *Alfa de Cronbach* de 0,73, considerando razoável, segundo o critério definido por Pestana e Gangeiro (2005)

Quadro 8. *Resultados estatísticos dos itens no modelo adesão dos pacientes à terapêutica.*

Itens	Estatística do modelo			
	Variância da escala se o Item for removido	Correlação entre os scores do item e o total da escala	R <sup>2</sup>	Alfa de Cronbach se o item for removido
V1 <b>Vômito quando tomo o medicamento.</b>	<b>9,556</b>	<b>-,118</b>	<b>,042</b>	<b>,723</b>
V2 Esqueço-me de tomar o medicamento.	7,553	,502	,493	,616
V3 <b>Os meus afazeres dificultam a toma do medicamento.</b>	7,401	<b>,256</b>	<b>,217</b>	,679
V4 Esquecem-se de me lembrar para tomar o medicamento.	6,205	,584	,618	,582
V5 Quando me sinto menos bem não tomo o medicamento.	7,882	,492	,740	,624
V6 <b>Tomo o medicamento com mais de 2 horas de atraso.</b>	7,236	<b>,381</b>	<b>,242</b>	,639
V7 Quando me sinto bem não tomo o medicamento.	9,152	,071	,653	,683
V8 Engano-me na dose diária que devo tomar.	8,610	,658	,632	,641
V9 Quando me sinto mal reduzo a quantidade do medicamento.	7,865	,402	,677	,635
V10 Falto à sessão da vacina.	8,036	,585	,676	,622

De acordo com os valores da estatística (Quadro 8) todos os itens contribuem com um peso muito semelhante para a consistência interna do modelo. Entretanto, verifica-se que as 2 medidas que caracterizam o efeito dos itens sobre o factor ou a dimensão comum, o  $R^2$  e a “Correlação entre os *scores* do item e o total da escala” apresentam valores pouco significativos para os itens V1, V3 e V6.

O item V1 “Vômito quando tomo o medicamento” contribui menos para a consistência interna do modelo, tem uma influência quase nula ( $R^2$  próximo de 0) sobre a variável

comum Adesão a Terapêutica e apresenta-se com uma lógica contrária à estrutura do modelo (sinal negativo no coeficiente de Correlação entre os *scores* do item e o total da escala).

Na análise do valor do Desvio-Padrão (Quadro 9), verifica-se que o valor para este item está próximo da média do conjunto, significando, em termos relativo, que os *scores* individuais dos elementos da amostra não se divergem muito da média do conjunto. Estes resultados poderão significar que os constrangimentos a este nível, de uma forma geral, não condicionam a ingestão ou administração dos fármacos por parte dos pacientes.

Quadro 9. Média e desvio-padrão dos itens no modelo adesão dos pacientes à terapêutica

Denominação dos Itens	Estatísticas	
	Media	Desvio-Padrao
V1 <b>Vômito quando tomo o medicamento.</b>	4,75	,576
V2 Esqueço-me de tomar o medicamento.	4,64	,574
V3 <b>Os meus afazeres dificultam a toma do medicamento.</b>	<b>4,45</b>	<b>,901</b>
V4 Esquecem-se de me lembrar para tomar o medicamento.	4,64	,865
V5 Quando me sinto menos bem não tomo o medicamento.	4,75	,488
V6 <b>Tomo o medicamento com mais de 2 horas de atraso.</b>	<b>4,41</b>	<b>,787</b>
V7 Quando me sinto bem não tomo o medicamento.	4,89	,387
V8 Engano-me na dose diária que devo tomar.	4,95	,211
V9 Quando me sinto mal reduzo a quantidade do medicamento.	4,84	,568
V10 Falto à sessão da vacina.	4,89	,387

Os efeitos dos itens V3 “Os meus afazeres dificultam a toma do medicamento” e V6 “Tomo o medicamento com mais de 2 horas de atraso” (valor do coeficientes  $R^2$ ) sobre a dimensão não são muitos expressivos apesar dos seus contributos à consistência do modelo serem apreciáveis. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de estes itens serem mais afectados pelos desvios dos resultados dos *scores* (Quadro 9) o que poderá dar alguma indicação sobre a possibilidade de existência de dificuldades para conciliar os horários da medicação com as rotinas diárias por parte de alguns pacientes.

# Capítulo VI

## Conclusões e Recomendações

---

### 6.1 Conclusões.

Este projecto teve como objectivo a demonstração da aplicação de estratégias de marketing como metodologia para compreender o comportamento dos pacientes com a finalidade de planear programas de terapêutica em ambulatório médico.

O projecto destina-se a clínicos e outros profissionais de saúde, interessados na formulação de estratégias destinadas a melhoria do coeficiente resultado/esforço nos serviços de saúde.

A amostra colhida revelou, em comparação com outros estudos efectuados sobre a mesma população, o mesmo valor na proporção da incidência da infecção em indivíduos de sexo masculino e feminino. A média de idade aumentou, atingindo os 43 anos sendo que, a data do início do tratamento, 55% de pacientes tinham idade superior a 40 anos. Deve-se referir ainda que, em termos de comparação com os mesmos estudos, resista-se uma aproximação do número de pacientes co-infectados ao número de pacientes mono-infectados em tratamento.

De uma forma geral, os modelos finais aplicados demonstraram consistência e níveis elevados de ajustamento, pelo que se deve atribuir algum grau de fiabilidade e validade assim como capacidade para a generalização dos resultados à população alvo do estudo.

Os resultados da pesquisa realizada junto aos pacientes submetidos a terapêutica da Hepatite C, em ambulatório do HJU, indicam que as influências presentes no ambiente social e familiar dos pacientes apresentam um peso significativo na decisão para o tratamento assim como uma maior aproximação aos clínicos tende a reforçar a motivação.

Embora interiorizem o dever e a obrigação de assumirem comportamentos recomendados os dados revelam uma forte presença da expectativa em acaso (sorte ou azar) na determinação do controlo do reforço do tratamento.

Apesar de indícios de capacidade para a aplicação de estratégias orientadas para a resolução dos problemas, os pacientes orientam-se mais pela reacção emocional. Por outro lado, os pacientes procuram a aproximação do problema, envolvendo mais o pensar do que o agir, o que pode potenciar o risco de situações de tensão e problema de depressão durante o processo de tratamento.

De uma forma geral, os pacientes não sentem grandes dificuldades na toma ou administração dos fármacos. No entanto, os resultados indicam dificuldade na conciliação dos horários da medicação com as rotinas diárias por parte de alguns pacientes.

## 6.2 Limitações e Advertências

Pese embora o nível óptimo de ajustamento, os modelos apresentam uma certa percentagem de erros com valor absoluto superior a 0,05, indiciando presença de resíduos que podem afectar o nível de correlação entre as variáveis.

Por outro lado, em todos os modelos analisados as percentagens das variâncias que são explicadas pelas dimensões retidas não são muito elevadas. Desta forma, deve-se ponderar sobre a influência das outras variáveis que ficaram de fora na explicação do comportamento dos pacientes.

Deve-se acrescentar que este estudo foi realizado junto a uma entidade específica que possui determinadas características e particularidades. A generalização dos seus resultados a outras unidades que oferecem este tipo de serviço médico na região e no segmento específico deve observar o tipo da terapêutica e os métodos aplicados assim como as características dos pacientes.

## 6.3 Recomendações

A consistência da Expectativa em Acaso relativamente as Expectativas no Controlo Pessoal e em Outros Poderosos, apresentada pelos pacientes, assim como os indícios de

pouca competência para o controlo sobre a intensidade do *stress* são factores que podem potenciar o risco de baixa adesão e de abandono do tratamento.

Esta situação sugere o desenvolvimento de acções destinadas ao reposicionamento<sup>1</sup> da oferta terapêutica perante os pacientes e o aumento das suas competências de forma a enfrentarem melhor os problemas, reduzir o esforço clínico e o risco da não adesão.

No que diz respeito à contribuição do marketing, a elaboração de um plano de comunicação com os objectivos definidos pode ser uma óptima ferramenta de suporte para o reposicionamento da oferta perante os pacientes.

A sensibilidade manifestada pelos pacientes na utilização de estratégias de suporte social e sobretudo no que diz respeito a busca de informação poderia constituir uma base de orientação para a aplicação desta estratégia.

Relativamente à instituição onde se realizou a pesquisa o aumento da média de idade verificada na amostra, confirmada com o levantamento efectuado sobre a base de dados dos serviços de Gestão dos Doentes, deve ser objecto de alguma atenção uma vez que pode significar a perda de cota de mercado no segmento mais jovem.

---

<sup>1</sup> O uso do termo reposicionamento neste contexto deve ser entendido como a alteração de “proposta de valor da oferta” às vistas do público-alvo ainda que do ponto de vista da prestadora a proposta seja a mesma. O reposicionamento pode ser feito com base em estratégia de comunicação para mudar a imagem do produto/serviço e a percepção das pessoas sobre ele (Reis e Trout, 1997).

## Apêndices

---

# Apêndice I

## 1.1 Escala para Avaliar a Motivação de Pacientes (EMP)

A EMP (, Questionário I) é uma Escala de *Likert* com itens adaptados a partir da Escala de Motivação para Tratamento (EMT) que avalia a motivação intrínseca e extrínseca, concebida a partir do *Treatment Self – Regulation Questionnaire* (TRSQ) (Apóstulo *et al.*, 2007).

O *score* é obtido através do somatório das pontuações dos respectivos itens. Para o modelo aplicado foram adoptados 16 itens divididos entre a dimensão motivação intrínseca e extrínseca. As respostas estão organizadas numa escala de 1 a 5 pontos.

## 1.2 Escala para Avaliar a Expectativa de Controlo do Paciente (EEC)

A EEC (Anexo II, Questionário II) é uma escala de *Likert* cujos o modelo é adaptado da escala “*Multi-dimensional Health Locus of Control*” (MHLC) criada por Wallston e DeVellis (1978), desenvolvida por Bennett *et al.* (1995) traduzido para espanhol e validada por Rodríguez - Roserio *et al.* (2002).

Com uma escala de 5 níveis de respostas presentes, a expectativa dos pacientes é considerada em função do total dos *scores* do conjunto dos itens que fazem parte das respectivas dimensões ou factores.

Para o modelo aplicado foram adaptados 18 itens divididos em 3 subescalas ou dimensões, cada uma contendo 6 itens representando as expectativas dos pacientes em Controlo Pessoal (I), Controlo em Outros Poderosos (P) e Controlo em Acaso (C).

## 1.3 Escala para Avaliar Estratégias dos Pacientes (EEP)

A EEP (Anexo II, Questionário III) é uma escala de *Liket* cujos itens foram adaptados da “Escala Modos de Enfrentar Problemas” (EMEP), uma versão adaptada para português por Gimenes e Queiroz (1997) e investigada por Seidl *et al.* (2001) um instrumento que possibilita a aplicação em contextos de pesquisa e de intervenção profissional, em especial a actuação clínica.

Para o estudo foi adaptada escala de resposta para 5 pontos. Foram integradas, no modelo, 24 itens correspondentes as dimensões Busca de Suporte Social, com itens cujas afirmações recaem sobre a procura de apoio instrumental, emocional ou de informação, a aproximação ao *stressor*, com itens que fazem referencia a acção para a cura ou alteração da situação causadoras do *stress*.

Foram também incluídas as dimensões Foco na Emoção Positiva com item que fazem referência ao sentimentos positivo e pensamento optimista e Foco na Emoção Negativa com itens que fazem referência a sentimentos de esquivia, de auto-culpa e a culpabilização dos outros.

#### 1.4 Escala para Avaliar Adesão à Terapêutica (EAAT)

EAAT (Anexo II, Questionário IV) é uma escala cujos itens foram adaptados a partir da Escala de Adesão à Medicação (EAM), uma estrutura genérica aplicada na avaliação de adesão a medicamentos em geral (Thompson *et al.*, 2000).

Foram associados outros itens, adoptados com base na consulta exploratória das publicações científicas e opiniões dos técnicos e especialistas que assistem pacientes em tratamento do HCV. Para a inclusão dos itens foram considerados os critérios:

- i. Incumprimento, relacionados com os horários ou as falhas na toma e do estado de saúde do paciente.
- ii. Os procedimentos e método de tratamento usado no HJU.

Adoptou-se a escala de *Liket* com a pontuação dos itens de 1 a 5 sendo que o total do *score* é obtido pela soma do total dos itens.

## Apêndice II

### 2.1 Determinação do Tamanho Necessário para a Amostra

Aplicou-se a fórmula do erro padrão da média considerando a distribuição normal e o intervalo de confiança de 95%. Para os parâmetros estatísticos, a média da população ( $\bar{X}$ ) e o desvio padrão da população ( $\sigma$ ) foram considerados os dados de um outro estudo anterior (Braga & Sarmiento, 2010), realizado no HJU.

O nível de precisão (D) foi calculado a partir da diferença entre a média da população ( $\bar{X}$ ) e a média ( $\mu$ ) de um exemplar de amostra de pacientes em tratamento a frequentar consultas médicas, retirada da base de dados do Hospital. Considerou-se que a estimativa está a mais ou menos R pontos percentuais da média. O Quadro 10 resume a metodologia aplicada os resultados obtidos.

Quadro 10 *Determinação da precisão do tamanho da mostra.*

Denominação	Símbolo e Formulas	Valor
Nível de confiança	-	95%
Valor z	Z	1,96
Media Populacional	$\bar{X}$	39
Media amostral	$\mu$	41,2
Desvio padrão da população	$\sigma$	7,1
Nível de precisão (D)	$\bar{X} - \mu$	2,2
Coeficiente de Variação (C)	$\sigma/\mu$	0,17
Estimativa de aproximação a média (R)	D/ $\mu$	0,05
Tamanho necessário para a amostral (n)	$(C^2 * Z^2)/R^2$	<b>44</b>

## Apêndice III

### 3.1 Avaliação da qualidade de Ajustamento

Para avaliar a qualidade do modelo factorial é necessário averiguar quão bem a estrutura factorial deduzida se ajusta aos dados, quão bem reproduz as correlações observadas entre as variáveis originais (Maroco, 2007).

A avaliação da qualidade do modelo pode ser feita de forma heurística, comparado as correlações observadas entre as variáveis originais (representada geralmente por  $r_{ij}$ ) com as correlações estimadas, entre duas variáveis  $X_i$  e  $X_j$ , dadas pela soma dos produtos dos pesos factoriais dessas variáveis com todos os  $m$  factores retidos ( $\hat{\rho}_{ij} = \sum_{f=1}^m \lambda_{if} \lambda_{jf}$ ).

Se as diferenças entre ambas as correlações forem muito elevadas, o modelo factorial reproduz mal a estrutura correlacional observada.

A aplicação utilizada para a análise dos dados, o SPSS, calcula a diferença entre as duas matrizes produzindo a matriz dos resíduos ( $\mathbf{e}$ ). De uma forma empírica e simplificada, considera-se que uma percentagem elevada de resíduos inferiores a 0,05 (mais de 50%) é indicador de um modelo com bom ajustamento (Maroco, 2007).

Entretanto, nem sempre a matriz dos resíduos dos modelos apresentam estas proporções de resíduos com valores inferiores a 0,05 pelo que se deve recorrer ao cálculo de outros índices para avaliar a qualidade do ajustamento do modelo.

#### 3.1.1 Índice Goodness of Index (GFI)

GFI é um índice vulgarmente utilizado em análise das equações estruturais, adoptado para o cálculo da avaliação da qualidade do ajustamento dos modelos neste estudo pelo facto de ser relativamente fácil de calcular a partir dos *outputs* produzidos pelo SPSS.

Assumindo um modelo de estimação do tipo “mínimos quadrados não ponderados”, com os valores dados pela matriz dos resíduos, este índice pode ser calculado a partir da

seguinte fórmula:  $GFI = 1 - 0,5(e)^2$ , sendo  $e = \sum \varepsilon_j^1$ , soma dos resíduos não redundantes calculados pelo SPSS (Maroco, 2007).

Como o GFI pode sobrestimar o verdadeiro valor da qualidade do ajustamento, os resultados devem ser ajustamento ( $AGFI = 1 - (K/gl)(1 - GFI)$ ), com o grau de liberdade  $gl = [(p - m)^2 - p - m]/2$ , considerando  $p$  número de itens presente no modelo,  $m$  número de factores retidos, sendo  $K = p(p + 1)/2$  o número de correlações não redundantes no modelo.

De uma forma geral, considera-se que o modelo se ajusta razoavelmente bem aos dados quando GFI é superior a 0,9. Valores de GFI acima de 0,95 são indicadores de um ajustamento muito bom (Maroco, 2007).

O GFI apenas permite verificar, com base nos valores dos resíduos, se a qualidade do ajustamento do modelo é razoavelmente bom.

### 3.1.1.1 Cálculo do Coeficiente do GFI para Modelo *EMP*

$$GFI = 1 - 0,5(e)^2$$

$$GFI = 1 - 0,5(0,03 - 0,01 + 0,043 - 0,107 + 0,099 + 0,012 - 0,081 + 0,072 - 0,057 - 0,109 - 0,054 + 0,062 + 0,025)^2$$

$$GFI = 1 - 0,5(-0,074)^2 = 1 - 0,003$$

$$= 1 - 0,003$$

$$= 0,997$$

Ajustamento:

$$AGFI = 1 - (K/gl)(1 - GFI)$$

$$gl = [(p - m)^2 - p - m]/2, p = 14, m = 2$$

$$gl = [(14 - 2)^2 - 14 - 2]/2$$

$$gl = \frac{144 - 16}{2} = 64$$

---

<sup>1</sup> Os valores do  $\varepsilon_j$  são representados pela função traço da matriz de correlações não redundantes, sem a diagonal principal (**Reproduced Correlations Matiz**, Anexo III Quadros dos Resultados).

$$K = p(p + 1)/2$$

$$K = \frac{14(14 + 1)}{2} = 105$$

$$AGFI = 1 - (105/64)(1 - 0,997)$$

$$= \mathbf{0,995}$$

### 3.1.1.2 Cálculo do Coeficiente do GFI para modelo *EEC*

$$GFI = 1 - 0,5(e)^2$$

$$GFI = 1 - 0,5(-0,147 - 0,064 - 0,064 - 0,116 + 0,008 + 0,023 - 0,102 - 0,091)^2$$

$$GFI = 1 - 0,5(0,122)^2$$

$$= 1 - 0,131$$

$$= \mathbf{0,869}$$

### 3.1.1.3 Cálculo do Coeficiente do GFI para modelo *EEP*

$$GFI = 1 - 0,5(e)^2$$

$$GFI = 1 - 0,5(0,054 - 0,154 - 0,018 + 0,12 - 0,48 - 0,019 - 0,079 + 0,043 - 0,114 + 0,011 + 0,116 - 0,032)^2$$

$$GFI = 1 - 0,5(-0,127)^2$$

$$= 1 - 0,008$$

$$= \mathbf{0,992}$$

#### Ajustamento:

$$AGFI = 1 - (K/gl)(1 - GFI)$$

$$gl = [(p - m)^2 - p - m]/2, p = 16, m = 2$$

$$gl = [(16 - 4)^2 - 16 - 4]/2$$

$$gl = \frac{144 - 20}{2} = 62$$

$$K = p(p + 1)/2$$

$$K = \frac{16(16 + 1)}{2} = 136$$

$$AGFI = 1 - (136/62)(1 - 0,992) = \mathbf{0,982}$$

### 3.1.2 Índice Root Mean Square Residual (RMSR)

Para este estudo aplicou-se, também, o *Root Mean Square Residual* (RMSR). O RMSR é calculado a partir do quadrado médio entre as diferenças das variâncias-covariâncias estimadas pelo modelo e as variâncias-covariâncias observadas.

O SPSS calcula a matriz das correlações não redundantes com as variâncias estandardizadas o que torna o cálculo do índice mais simplificado uma vez que as variâncias estandardizadas resultam na correlação de cada variável com ela própria ( $r_{ii} = 1$ ). Eliminando estes elementos da análise e usando apenas as médias das correlações não redundantes obtém-se as expressões

$$RMSR = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{p-1} \sum_{j=i+1}^p (e)^2}{q(q-1)/2}}, \text{ com } q = p - m$$

Aplicando as recomendações para o RMSR, considerando os cálculos das matrizes de covariâncias, o ajustamento é adjectivado como inaceitável para RMSR quando o valor obtido é superior a 0,1, bom para valores inferiores a 0,1 e muito bom para valores inferiores a 0,05 (Maroco, 2007).

#### 3.1.2.1 Cálculo do Coeficiente do RMSR para modelo *EEC*

$$\begin{aligned} \sum_{i=1}^{p-1} \sum_{j=i+1}^p (e)^2 &= (-0,147)^2 + \dots + (-0,091)^2 + (0,153)^2 + \dots + (-0,129)^2 + (-0,154)^2 + \dots \\ &+ 0,129)^2 + (-0,090)^2 + \dots + (0,026)^2 + (-129)^2 + \dots + (0,053)^2 + (0,016)^2 \\ &+ \dots + (-0,028)^2 + (-0,043)^2 + (-0,101)^2 + (-0,136)^2 \end{aligned}$$

$$\frac{q(q-1)}{2} = \frac{7(7-1)}{2} = 21$$

$$\begin{aligned} RMSR &= \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{p-1} \sum_{j=i+1}^p (e)^2}{\frac{p(p-1)}{2}}} \\ &= \sqrt{\frac{0,329}{21}} \\ &= 0,016 \end{aligned}$$

## Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Contrato-Programa: Metodologia para definição de preços e fixação de objectivos*. Lisboa: ACSS.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., & Fifiield, J. (1987). Appraisals of Control and predicatability in adapting to a chronic disease. *53(2)*, pp. 273-279.
- Alberti, A., & Benvengnu, L. (2003). Management of hepatitis C. *J Hepatol* , 38, pp. S104-S118.
- Almeida, J., & Pereira, M. (2006). Locus de Controlo em Saúde: Conceito e Validação de uma Escala em Adolescentes com Diabetes Tipo I. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS* , pp. 221-238.
- Anderson, M. P. (1988). Stress Management for Chronic Disease: an overview. *Pregmom Press* , pp. 3-13.
- Apóstulo, J. A., Domingues, H. R., Nunes, H. I., & Viveiros, C. S. (Julho - Agosto de 2007). *Incerteza na Doença e Motivação para o Tratamento em Diabéticos Tipo 2*. Obtido em 2 de Junho de 2011, de Revista Latino-am Enfermagem: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Aronson, J. K. (2007). Time to abandon the term 'patient concordance'. *Br J Clin Phamacol* , 64 , pp. 711-713.
- ARS\_Norte. (2008). *REORDENAMENTO HOSPITALAR DA ÁREA METROPOLITANA DO PORTO: ESTUDO 2 – OFERTA HOSPITALAR ACTUAL E FUTURA*. Porto: Administração Central de Sistema de Saúde, IP.
- Bacon, B. R. (2002). Treatment of Patient with Hepatitis C and Normal Serum aminotrasferase level. *Hepatology* , pp. 179-184.
- Barros, A. M. (1991). Expectativas de controlo interno-externo: Revisão da literatura e análise dos instrumentos. *8 (1)*, pp. 79-92.
- Basco, & Rush. (1996). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorders*. New York: Guilford.
- Beg, & Arnsten. (2006). Pratical and Conceptual Challengs in Measuring Antiretroviral Adherence. *43*, pp. 79-87.
- Bennett, P. (2002). *Introduction to Clinical Health Psychology*. Buckingham: Open University Press.
- Bennett, P., Moore, L., Smith, A., Murphy, S., & Smith, C. (1995). Health locus of control and value for health as preditors of dietary behaviour. pp. 41-54.
- Bond, W. S., & Hussar, D. A. (1991). Detection Methods and Strategies for Improving Medication Compliance. *Am J Hosp Pharm* , 1978-1988.

- Braga, J., & Sarmiento, R. (2010). *Tratamento da Hepatite Crónica C em doentes infectados pelo VHC e co-infectados pelo VHC e VIH*. Porto: ICBAS - Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar- Universidade do Porto.
- Brannon, L., & Feist, J. (1997). *Living with chronic illness*. USA: Brooks.
- Callaway, E. (2010). *Boost for drugs against hepatitis C*. Obtido em 16 de Julho de 2010, de NATAP: [www.natap.org](http://www.natap.org)
- Carrijo, R. S., & Coleta, M. F. (2008). *As Influências das variáveis psicossociais na adesão ao tratamento de pacientes diabéticos*. Mato Grosso: PIBIC.
- Censos. (2011). *XV Recenseamento Geral da População, V Recenseamento Geral da habitação*. Lisboa: INE.
- Chisholm-Burns, M. A., & Spivey, C. A. (2008). Pharmacoaderherence: A New Term for a Significant Problem. *Am J Health-Styst Pharm*, 65(7), 661-667.
- Collins, B. (1974). Four components of the Rotter internal-external scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29 (3), 381-391.
- Collins, T., & Swan, S. (2009). *Guia Sobre a Hepatite C para as Pessoas que Vivem com VIH: Teste, Co-infecção e Tratamento*. Lisboa: Gat.
- Dalla, M. D., Stein, A. T., Castro, F. E., & Lopes, A. C. (2009). *Aderência ao Tratamento Medicamentoso*. Brasil: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.
- Deci, & Ryan. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenu.
- Dienstag, J. L. (2002). The Role of Liver in Chronic Hepatitis C. *Hepatology*, 36, pp. S152-S160.
- Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas da Saúde. (2010). *Doenças de Declaração Obrigatória 2004-2008*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Duane, A., Claude, L., Andrew, E., Thomas, A. ..., Stephen, E. S., David, W. F., et al. (2002). Management of hepatitis C. *NIH Consensus State Sci Statements*. 19(3), pp. 1-46. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH.
- Felício, M., Machado, V., & Teixeira, C. (2009). *Perfil de Saúde da Região Norte*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
- Fodor, G. J., Kotrec, M., Bacskai, K., Droner, T., Leitava, J., & Sonkodi, S. (2005). Is Interview a Reliable Method European Study to Verify the Compliance with Antihypertensive Therapy. An international Central- European Study. *J Hypertens*, 21, 1261-1266.
- Folkman, S., & Lazarus, S. R. (1980). An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

- Frederick, S., Patricia, T., Alfredo, A., Miria, A., & Gary, D. (2002, Junho). Management of Hepatitis C. *NIH Consens State Sci Statements* , p. 21.
- Freitas, P. (2011). *Relatorio de Actividade de Contas 2010 do Hospital Joaquim Urbano*. Porto: ARS\_Norte.
- Ghany, Strader, D., Thomas, D., & Seek, L. (2009). Diagnosis, Management, and Treatment of Hepatitis C: An Update. *HEPATOLOGY - AASLD PRACTICE GUIDELINES* , 49, pp. 1335-1373.
- Haynes, R. B. (2001). Improving Patient Adherence: State of the Art, wiht a Special Focus on Medication Taking for Cardiovascular Disorders. In I. S. Okene (Ed.), *Patient Compliance in Healthcare an Research* (pp. 3-21). Armonk, NY: Futura Publishing.
- Kinash, T. G., Fischer, D. G., Lukie, B. E., & Carr, T. L. (1993). Coping Patternal And Related Characteristics in Patients with IBD. *Rehabilitation Nursing* , 18 (1), 12-19.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion & Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. (2003). Adesão à Terapêutica medicamentosa: Elementos para a Discussão de Conceitos e Pressupostos Adotados na Literatura. *Ciência Saúde Coletiva* , 8, 775-782.
- Levenson, H. (1974). Activism and Powerful Others: Distinctions Within the Concept of Internal-External Control. *Journal of Personality Assessment* , 38, 38377-383.
- Marinho, R. T. (2008). Dois vírus, um doente. *LIVE TO DAY* , p. 1.
- Maroco, J. (2007). *Analise Estatística – Com Utilização do SPSS* (3 ed.). Lisboa: Silabo.
- McHutchison, J. G., Manns, M., Patel, Poynard, T., Lindsay, K., Trepo, C., et al. (2002). Adherence to combination therapy enhances sutained response in genotype 1 infected patiens with chronic hepatitis C. *Gastroenterology*. 123, pp. 1061-1069.
- McRae, C., & Smith, C. H. (1998). Chronic Illness: Promoting the Adjustment Process. (R.-R. Sari, R. k. Shanon, & C. Cherul, Edits.) *The Emergeing Role Of Couseling Psychology in Health Care* , 137-156.
- Mestre, S., & Ribeiro, J. P. (2010). Estudo do individuo obeso: relação entre adesão e satisfação com os cuidados médicos. *Simposio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1262-1270). Minho: Universidade do Minho.
- Ministério de Saúde, Direcção Geral de Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004\_2010, Volume II Orientação Estratégica: Abordagem a Gestão Integrada da Doença*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- National Institutes of Health. (2002). Management of hepatitis C. *NIH Consens State Sci Statements*. 19(3), pp. 1-46. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH Report.

- Navalhas, J. C. (1998). Crise e suporte social. Efeitos potenciais do suporte social. *Revista de Psiquiatria*, 11 (3), 27-46.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Peixe, P. (2010). *The epidemiological situation of hepatitis C in Portugal*. Lisboa: EPE, Hospital Egas Moniz.
- Pela, A. (2007). *Estresse e modo de enfrentamento em portadores de doenças inflamatórias intestinais*. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- Pestana, M. H., & Gangeiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Petrie, K., & Moss-Morris, R. (1997). Coping with chronic illness. (A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus, Edits.) *Cambridge Handbook of Psychology*, 84-86.
- Primus. (2001). *Porto, uma metrópole com grande futuro*. Obtido em 20 de Maio de 2011, de Primus, Promoção e Desenvolvimento Regional: <http://www.primus-dr.pt/demografia.php>
- Ray, C., Weir, W. C., Cullen, S., & Phillips, S. (1992). Illness perception symptom components in chronic fatigue syndrome. *Psychosomatic Research*, 36(3), 243-256.
- Reis, A., & Trout, J. (1997). *Posicionamento: A batalha pela sua mente*. São Paulo: Pioneira.
- Ribeiro, J. L. (1994). Reconstrução de uma Escala de Locus de Controlo de Saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15 (4), 207-214.
- Rodríguez - Roserio, J. E., Ferriani, M. G., & Dela Coleta, M. F. (2002). Escala de locus de controle de saúde – MHLC: estudos de validação. *Revista Latino - americana de Enfermagem*, 10, 179-184.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized Expectancies for Internal vs External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1-2.
- Sabate. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for action*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Sarmiento, R. (2010). *Direcção Clínica: Mensagem do Director Clínico do Hospital de Joaquim Urbano*. Obtido em 2 de Julho de 2011, de HJU: [http://www.hjurbano.min-saude.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=77&Itemid=56](http://www.hjurbano.min-saude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=77&Itemid=56)
- Seidl, E. M., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. (2001). Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17, 225-234.
- Sharma, S. (1996). *Applied Multivariate Techniques*. (J. Wiley, & Sons, Edits.) New York.
- Silva, H. (2006). Grande Porto tem metade do desemprego do Norte. pp. 1-2.

- Sousa, M. (2003). *Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doenças Associadas a Adesão Terapêutica nos Diabéticos Tipo 2*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Sprinthall, R. C. (1993). *Psicologia Educacional: Uma Abordagem Desenvolvimentista*. Lisboa: McGraw Hil.
- Strand, L. M., Gerrero, R. M., Nickman, N. A., & Morley, P. C. (1990). Integrated patient-specific. *Am J Hops Pharm* , 47, 550-554.
- Strickland, B. R. (1989). Internal external control expectancies: From Contingency to creativity:. *American Psychologist* , 44, 1-12.
- Strickland, B. R. (1978). Internal-External Expectancies and Health-Related Behaviors. *Journal Of Consulting and Clinical Psychology* , 46(6), 1192-1211.
- Thompson, K., Kulkarni, J., & Sergejew, A. A. (2000). Reability and validity of a new medication adherence rating scale (EAM) for the psychoses. *Schizophrenia Res* , 42, 241-247.
- Wali, Lewi, S., Hubscher, S., Harrison, R., & Ahmed, M. (1999). Histological Progression during Short-Term Follow-up of Patients With Chonic Hepatitis C Virus Infection. *J Viral Hepat* , 445-452.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's Social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Theory and Research* , 16 (2), 183-199.
- Wallston, K. A., & De Vellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr* , 6, 161-70.
- Wiliams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., & Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatints. *Health Psycology* , 17, 269-276.

## Anexo

---

# Anexo I Carta de Autorização



**HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO**

Ministério da Saúde Administração Regional de Saúde do Norte

Exmo Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital Joaquim Urbano

*PO CA*  
*Del. Deput. Adm. HJU*  
*17-3-2011*  
*J. J. Silva*  
*W. Silva*

Após entrega dos documentos, com a aprovação pela CES do HJU, submete-se à homologação pelo Conselho de Administração, o seguinte processo:

- Estudo "Estratégica de marketing na Gestão de Tratamento com Fármacos nos Serviços de Saúde: uma Análise Quantitativa", no âmbito da tese do curso de mestrado em Marketing da F. Economia do Porto, do aluno Admar Vera Cruz Lima.

Porto, 15 de Março de 2011

A Assistente Técnica

(Teresa Duarte)



## Anexo II Questionários e Formulários

---

### Questionário I

Nº: \_\_\_\_\_

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

Encontrará de seguida vários quadros com conjuntos de afirmações. Por favor, leia devagar e com calma cada pergunta até ao fim assim como as opções de respostas antes de decidir assinalar. Não deixe respostas em branco.

I. Assinale com uma cruz a opção que melhor corresponde às suas motivações para fazer o tratamento.

		<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Nem Discordo nem Concordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo totalmente</i>
1	Quero que os outros vejam que sou capaz de o fazer.					
2	É melhor fazê-lo do que ficar a pensar nisso.					
3	É a melhor opção que eu poderia tomar.					
4	O médico disse-me para o fazer.					
5	Acredito que ao fazê-lo vou melhorar a minha saúde.					
6	É a melhor coisa que posso fazer por mim.					
7	Quero que o médico pense que sou um bom doente.					
8	Quero evitar que a minha saúde se degrade.					
9	Fazê-lo é para mim um desafio pessoal.					
10	É importante para que eu possa manter-me saudável.					
11	Sentir-me-ia mal comigo mesmo se não o fizesse.					
12	Outras pessoas ficariam aborrecidas comigo se eu não o fizesse.					
13	Sentir-me-ia culpado se não o fizesse.					
14	Não quero que as outras pessoas se decepcionem comigo.					
15	Sentiria vergonha de mim mesmo se não o fizesse.					
16	Não quero correr o risco de infectar outras pessoas.					

## Questionário II

No seguinte quadro para cada afirmação existem 5 opções. Faça uma cruz de baixo da opção que melhor corresponde a sua maneira de pensar.

		<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Nem Discordo nem Concordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo totalmente</i>
1	O resultado do tratamento depende do meu comportamento.					
2	Se tiver que continuar doente continuarei de qualquer maneira.					
3	A melhor maneira de tratar a doença é seguir todos os conselhos do médico.					
4	Muitas coisas que afectam a minha saúde ocorrem casualmente.					
5	Todas as vezes que eu não me sinto bem de saúde procuro o médico.					
6	Eu sou capaz de controlar e superar os efeitos do tratamento.					
7	A minha saúde depende muito do meu equilíbrio familiar.					
8	A possibilidade da minha cura depende principalmente de mim.					
9	A sorte é muito importante para que eu recupere da doença.					
10	O meu médico é quem deve decidir sobre o que devo fazer para melhorar a minha saúde.					
11	O estado da minha saúde depende da sorte ou do azar que eu tiver.					
12	O que afecta a minha saúde é principalmente o meu estilo de vida.					
13	Se eu me comportar correctamente posso ficar livre da doença.					
14	Ficarei curado da doença se as pessoas cuidarem bem de mim (médicos, enfermeiros, amigos e família).					
15	A possibilidade de continuar doente não depende de mim.					
16	A minha cura dependerá da minha sorte ou do meu destino.					
17	Se eu fizer bem as coisas terei bons resultados.					
18	Para ficar curado, apenas tenho que seguir a orientação do meu médico.					

### Questionário III

Para cada afirmação há sempre uma opção que melhor corresponde ao seu caso. Faça uma cruz na opção de acordo com a forma ou a intensidade como procura enfrentar a situação.

		<i>Nunca</i>	<i>Difícilmente</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Sempre</i>
1	Procuro afastar-me das pessoas em geral.					
2	Procuro tirar partido da experiência que estou a viver.					
3	Procuro informação sobre a doença e o tratamento					
4	Converso com as pessoas sobre como me sinto.					
5	Procuro aconselhar-me com pessoas amigas ou familiares.					
6	Procuro falar com as outras pessoas sobre o meu estado de saúde.					
7	Sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele que estou a passar.					
8	Digo a mim mesmo o quanto já consegui.					
9	Esforço-me para fazer o que é necessário para ficar curado(a).					
10	Estabeleci regras e planos que devo seguir de forma a facilitar o tratamento.					
11	Procuro acumular experiência com o que estou a passar.					
12	Procuro não agir tão precipitadamente ou não seguir sempre a minha primeira ideia.					
13	Sinto-me culpado(a) pelo sucedido.					
14	Culpo os outros.					
15	Descarrego as minhas frustrações e raivas em outras pessoas.					
16	Percebo que o problema foi causado por mim mesmo.					
17	Penso em fantasias de forma a sentir-me melhor.					
18	Passéi a praticar mais a religião desde que tenho esse problema.					
19	Refugio-me na minha fé para superar esta situação.					
20	Procuro o lado positivo desta situação.					
21	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.					
22	Procuro ser uma pessoa mais forte e optimista.					
23	Procuro os culpados para a situação.					
24	Sinto raiva das pessoas que me causaram o problema.					

## Questionário IV

Assinale de forma correcta, sem hesitar, a opção que verdadeiramente coincide com o seu comportamento relativamente à toma do medicamento.

		<i>Nunca</i>	<i>Difícilmente</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Quase sempre</i>
1	Vomito quando tomo o medicamento.					
3	Esqueço-me de tomar o medicamento.					
4	Os meus afazeres dificultam a toma do medicamento.					
2	Esquecem-se de me lembrar para tomar o medicamento.					
7	Quando me sinto menos bem não tomo o medicamento.					
5	Tomo o medicamento com mais de 2 horas de atraso.					
6	Quando me sinto bem não tomo o medicamento.					
8	Engano-me na dose diária que devo tomar.					
9	Quando me sinto mal reduzo a quantidade do medicamento.					
10	Falto à sessão da vacina.					

## Questionário V

Depois de preencher a data do início do tratamento e a sua idade actual assinale com uma cruz, a frente e no verso da folha, a única opção que verdadeiramente corresponde à sua situação:

a) **Data do início do tratamento:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mês Ano

b) **Idade actual:**

c) **Idade no início do tratamento:**

1) *Antes dos 40*

2) *Depois dos 40*

d) **Sexo:**

1) *Masculino*

2) *Feminino*

e) **Raça:**

1) *Branca*

2) *Negra*

4) *Asiática*

3) *Outra*

f) **Ensino (Escolaridade):**

1) *Básico*

2) *Secundário*

3) *Técnico*

4) *Superior*

g) **Estado Civil:**

1) *Casado(a) ou em União de Facto*

2) *Solteiro(a)*

3) *Separado (a), Divorciada(a) (a)*

4) *Viúvo*

h) **Emprego:**

1) *Empregado durante o tratamento*

2) *Reformado durante o tratamento*

3) *Reformado antes do tratamento*

4) *Desempregado antes do tratamento*

5) *Desempregado durante o tratamento*

**i) Já concluiu o tratamento:**

*Sim*

*Não*

**j) Hábitos de consumo:**

**1. Álcool (antes do tratamento)**

*1) Não*

*2) Ocasionalmente*

*3) Até 3 copos por dia*

*4) Mais de 1 litro por dia*

**2. Álcool (depois do início do Tratamento)**

*1) Não*

*2) Ocasionalmente*

*3) Até 3 copos por dia*

**3. Droga**

*1) Sim*

*2) Não*



# Anexo III Quadros dos Resultados

(EMP)

Análise a Consistência Interna

Quadro 11. Reliability Statistics EMP

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,882	<b>,884</b>	16

Análise Factorial

Quadro 12. KMO and Bartlett's Test EMP

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		<b>,721</b>
Approx. Chi-Square		406,309
Bartlett's Test of Sphericity	Df	91
	Sig.	<b>,000</b>

Quadro 13 Anti-image Matrices EMP

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15
V1	<b>,738</b>	-,288	-,044	,279	,051	-,024	-,705	-,383	-,202	,249	,164	-,192	-,330	,028
V2	-,288	<b>,655</b>	-,125	-,361	,166	-,205	,310	,409	-,226	-,066	-,337	,164	-,151	,112
V3	-,044	-,125	<b>,829</b>	-,388	-,205	-,078	,003	,133	-,012	-,352	,059	,288	-,061	-,126
V4	,279	-,361	-,388	<b>,548</b>	-,228	,260	-,481	-,486	,197	,134	,201	-,592	,257	,207
V5	,051	,166	-,205	-,228	<b>,664</b>	-,868	,195	-,061	-,035	,337	-,010	,071	-,166	-,227
V6	-,024	-,205	-,078	,260	-,868	<b>,670</b>	-,149	,041	-,134	-,243	-,018	-,178	,233	,204
V7	-,705	,310	,003	-,481	,195	-,149	<b>,612</b>	,340	-,057	-,165	-,414	,335	,155	-,249
V9	-,383	,409	,133	-,486	-,061	,041	,340	<b>,636</b>	-,270	-,223	-,242	,176	-,012	-,055
V10	-,202	-,226	-,012	,197	-,035	-,134	-,057	-,270	<b>,819</b>	-,006	,316	-,150	,098	,004
V11	,249	-,066	-,352	,134	,337	-,243	-,165	-,223	-,006	<b>,747</b>	,119	-,249	-,168	-,113
V12	,164	-,337	,059	,201	-,010	-,018	-,414	-,242	,316	,119	<b>,771</b>	-,179	-,232	-,095
V13	-,192	,164	,288	-,592	,071	-,178	,335	,176	-,150	-,249	-,179	<b>,752</b>	-,386	-,277
V14	-,330	-,151	-,061	,257	-,166	,233	,155	-,012	,098	-,168	-,232	-,386	<b>,820</b>	-,255
V15	,028	,112	-,126	,207	-,227	,204	-,249	-,055	,004	-,113	-,095	-,277	-,255	<b>,876</b>

Quadro 14. Total Variance Explained EMP

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,890	42,071	42,071	5,890	42,071	42,071	4,626	33,042	33,042
2	2,517	17,976	60,047	2,517	17,976	60,047	3,781	27,005	60,047
3	1,017	7,263	67,310						
4	,909	6,490	73,800						
⋮									
14	,049	,352	100,000						

Quadro 15. Reproduced Correlations *EMP*

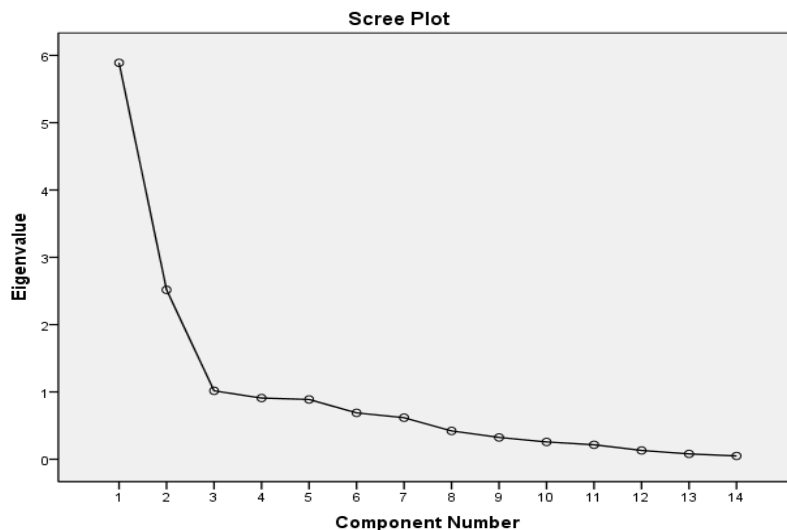
	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15
V1		,030	-,035	-,077	-,016	,017	,141	,007	,138	-,157	-,083	-,111	-,047	-,088
V2	<b>,030</b>		-,010	-,036	-,111	-,046	-,030	-,256	-,028	-,050	,106	-,066	,034	-,119
V3	-,035	<b>-,010</b>		,043	-,066	-,081	,060	-,090	-,159	,081	,017	-,090	-,010	,024
V4	-,077	-,036	<b>,043</b>		-,107	-,170	,094	,138	-,191	-,049	-,026	,068	-,135	-,092
V5	-,016	-,111	-,066	<b>-,107</b>		,099	-,037	-,027	-,082	-,102	,079	,015	,067	,087
V6	,017	-,046	-,081	-,170	<b>,099</b>		,012	-,082	-,037	-,031	,082	-,006	,034	,036
V7	,141	-,030	,060	,094	-,037	<b>,012</b>		-,081	,015	-,099	-,006	-,195	-,189	-,081
V9	,007	-,256	-,090	,138	-,027	-,082	<b>-,081</b>		,072	-,031	-,088	-,022	-,084	-,063
V10	,138	-,028	-,159	-,191	-,082	-,037	,015	<b>,072</b>		-,057	-,121	-,040	-,010	-,029
V11	-,157	-,050	,081	-,049	-,102	-,031	-,099	-,031	<b>-,057</b>		-,109	,023	-,008	-,007
V12	-,083	,106	,017	-,026	,079	,082	-,006	-,088	-,121	<b>-,109</b>		-,054	-,032	-,055
V13	-,111	-,066	-,090	,068	,015	-,006	-,195	-,022	-,040	,023	<b>-,054</b>		,062	,015
V14	-,047	,034	-,010	-,135	,067	,034	-,189	-,084	-,010	-,008	-,032	<b>,062</b>		,025
V15	-,088	-,119	,024	-,092	,087	,036	-,081	-,063	-,029	-,007	-,055	,015	<b>,025</b>	

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. Reproduced communalities

b. Residuals are computed between observed and reproduced correlations. There are 50 (54.0%) nonredundant residuals with absolute values greater than 0.05.

Gráfico 2 Scree Plot *EMP*



(EEC)

Análise a Consistência Interna

Quadro 16. Reliability Statistics EEC

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,712	<b>,712</b>	18

Análise Factorial

Quadro 17. KMO and Bartlett's Test EEC

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	<b>,635</b>	
Approx. Chi-Square	102,760	
Bartlett's Test of Sphericity	Df	36
	Sig.	<b>,000</b>

Quadro 18. Anti-image Matrices EEC

	V2	V3	V5	V6	V11	V12	V15	V16	V18
Anti-image Correlation	<b>,624</b>	-,074	,009	,069	,148	-,339	-,108	-,234	,156
	-,074	<b>,785</b>	,056	-,169	-,061	-,108	-,079	-,207	,142
	,009	,056	<b>,573</b>	-,211	-,429	-,007	-,261	,066	,106
	,069	-,169	-,211	<b>,629</b>	-,049	-,454	,169	-,262	,137
	,148	-,061	-,429	-,049	<b>,605</b>	-,098	,113	-,188	,094
	-,339	-,108	-,007	-,454	-,098	<b>,557</b>	,123	,164	-,285
	-,108	-,079	-,261	,169	,113	,123	<b>,669</b>	-,387	-,365
	-,234	-,207	,066	-,262	-,188	,164	-,387	<b>,666</b>	-,397
	,156	,142	,106	,137	,094	-,285	-,365	-,397	<b>,620</b>

Quadro 19. Total Variance Explained EEC

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
<b>1</b>	2,762	30,694	30,694	2,762	30,694	30,694	2,259	25,103	25,103
<b>2</b>	1,901	21,122	51,815	1,901	21,122	51,815	1,999	22,207	47,310
<b>3</b>	1,248	13,863	65,678	1,248	13,863	65,678	1,653	18,368	65,678
<b>4</b>	,794	8,817	74,495						
⋮									
<b>9</b>	,248	2,752	100,000						

Quadro 20. **Reproduced Correlations EEC**

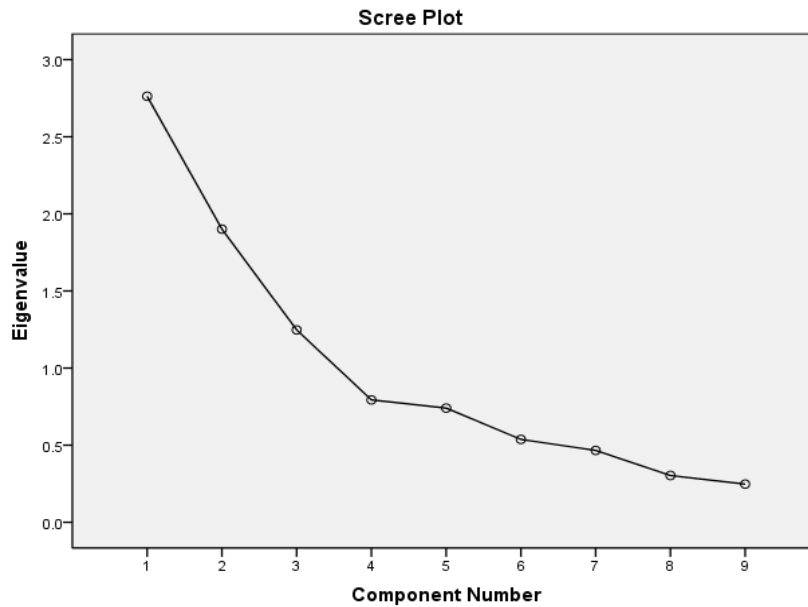
	V2	V3	V5	V6	V11	V12	V15	V16
Residualb	V2		,153	-,154	,090	-,129	,016	-,043
	V3	<b>-,147</b>	-,064	-,111	-,014	-,207	,006	-,006
	V5	,153	<b>-,064</b>	-,064	-,209	,017	,022	-,081
	V6	-,154	-,111	<b>-,064</b>	-,116	-,083	,017	,042
	V11	,090	-,014	-,209	<b>-,116</b>	,008	-,043	,015
	V12	-,129	-,207	,017	-,083	<b>,008</b>	,023	-,073
	V15	,016	,006	,022	,017	-,043	<b>,023</b>	-,102
	V16	-,043	-,006	-,081	,042	,015	-,073	<b>-,102</b>
	V18	-,136	-,101	-,028	,053	,026	,141	<b>-,091</b>

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. Reproduced communalities

b. Residuals are computed between observed and reproduced correlations. There are 21 (58.0%) nonredundant residuals with absolute values greater than 0.05.

Gráfico 3. *Scree Plot EEC*



(EEP)

Análise a Consistência Interna

Quadro 21. Reliability Statistics EEP

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,803	<b>,811</b>	24

Análise Factorial

Quadro 22. KMO and Bartlett's Test EEP

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	<b>,697</b>
Approx. Chi-Square	274,335
Bartlett's Test of Sphericity Df	120
Sig.	<b>,000</b>

Quadro 23. Anti-image Matrices EEP

	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V17	V19	V20	V21	V22
Anti-image Correlation V2	<b>,615</b>	-,181	,099	-,014	,048	-,437	-,021	,282	,038	-,493	-,147	-,277	-,109	-,197	,336	-,171
V3	-,181	<b>,601</b>	-,702	-,217	,247	-,026	,079	-,200	-,169	,074	,044	-,102	-,011	,227	,026	,211
V4	,099	-,702	<b>,620</b>	,139	-,315	-,046	,028	,139	,102	,043	,026	,192	-,172	-,229	-,122	-,192
V5	-,014	-,217	,139	<b>,688</b>	-,408	-,007	-,246	,196	-,029	,100	,264	,126	-,020	,049	-,279	-,226
V6	,048	,247	-,315	-,408	<b>,568</b>	-,272	-,026	,076	-,244	-,203	-,179	-,046	,341	,125	-,040	,184
V7	-,437	-,026	-,046	-,007	-,272	<b>,758</b>	-,193	-,413	,293	,205	,117	-,113	-,103	,159	-,221	-,035
V8	-,021	,079	,028	-,246	-,026	-,193	<b>,825</b>	-,125	,049	-,062	-,244	-,064	-,405	-,241	,163	-,006
V9	,282	-,200	,139	,196	,076	-,413	-,125	<b>,681</b>	-,347	-,336	-,083	,055	,160	,034	,007	-,476
V10	,038	-,169	,102	-,029	-,244	,293	,049	-,347	<b>,792</b>	-,055	-,077	-,094	-,192	-,186	-,086	-,204
V11	-,493	,074	,043	,100	-,203	,205	-,062	-,336	-,055	<b>,602</b>	-,048	,259	-,027	-,056	-,201	,231
V12	-,147	,044	,026	,264	-,179	,117	-,244	-,083	-,077	-,048	<b>,619</b>	,089	,099	,291	-,307	-,054
V17	-,277	-,102	,192	,126	-,046	-,113	-,064	,055	-,094	,259	,089	<b>,750</b>	-,147	-,017	-,266	,039
V19	-,109	-,011	-,172	-,020	,341	-,103	-,405	,160	-,192	-,027	,099	-,147	<b>,776</b>	,148	-,180	-,045
V20	-,197	,227	-,229	,049	,125	,159	-,241	,034	-,186	-,056	,291	-,017	,148	<b>,597</b>	-,443	,021
V21	,336	,026	-,122	-,279	-,040	-,221	,163	,007	-,086	-,201	-,307	-,266	-,180	-,443	<b>,737</b>	-,002
V22	-,171	,211	-,192	-,226	,184	-,035	-,006	-,476	-,204	,231	-,054	,039	-,045	,021	-,002	<b>,762</b>

Quadro 24. Total Variance Explained EEP

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,491	34,321	34,321	5,491	34,321	34,321	2,941	18,384	18,384
2	1,731	10,817	45,138	1,731	10,817	45,138	2,837	17,729	36,113
3	1,524	9,525	54,664	1,524	9,525	54,664	2,486	15,540	51,652
4	1,238	7,738	62,402	1,238	7,738	62,402	1,720	10,750	62,402
5	1,161	7,257	69,659						
6	,818	5,110	74,768						
⋮									
16	,139	,866	100,000						

Quadro 25. **Reproduced Correlations EEP**

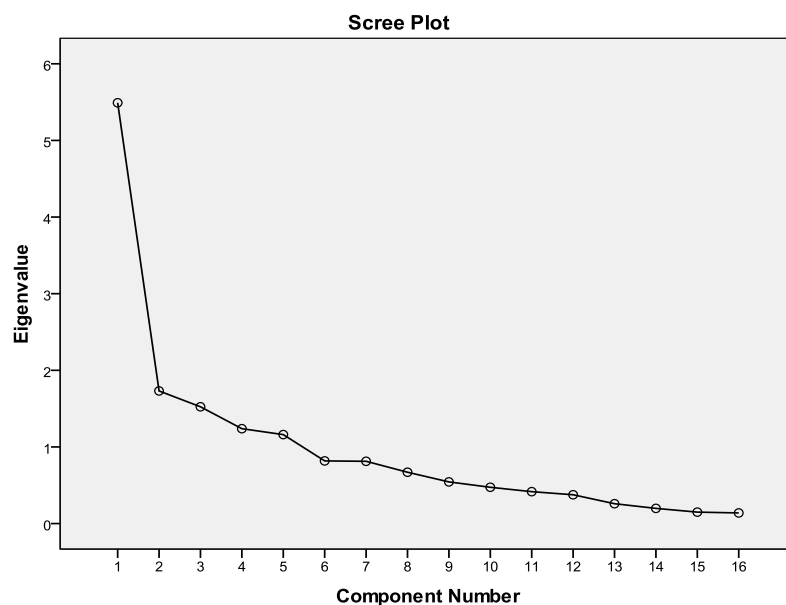
	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V17	V19	V20	V21	V22
Residualb	V2	,113	,063	,035	,038	-,007	-,145	-,015	,036	,000	-,029	-,097	-,118	-,046	-,100	,058
	V3	<b>,113</b>	,054	-,071	,036	-,010	-,088	-,011	-,044	,183	,072	-,119	-,078	-,125	-,096	-,161
	V4	,063	<b>,054</b>	-,154	,017	,025	-,068	-,034	-,038	-,032	,131	-,026	-,027	-,071	-,040	-,020
	V5	,035	-,071	<b>-,154</b>	-,018	,010	,093	,021	-,051	,023	-,051	-,097	-,001	-,147	-,116	,096
	V6	,038	,036	,017	<b>-,018</b>	,121	-,002	,048	-,044	-,076	-,032	,028	-,026	-,253	-,182	,041
	V7	-,007	-,010	,025	,010	<b>,121</b>	-,048	,085	-,143	-,086	-,023	-,073	-,128	-,177	-,053	,005
	V8	-,145	-,088	-,068	,093	-,002	<b>-,048</b>	-,019	-,028	-,095	,005	-,104	,041	,016	-,049	-,006
	V9	-,015	,011	-,034	,021	,048	,085	<b>-,019</b>	-,079	,003	-,118	,032	-,072	,003	-,011	-,066
	V10	,036	-,044	-,038	-,051	-,044	-,143	-,028	<b>-,079</b>	,043	-,089	,104	,057	,099	-,029	-,103
	V11	,000	,183	-,032	,023	-,076	-,086	-,095	,003	<b>,043</b>	-,196	-,064	,053	,035	,020	-,039
	V12	-,029	,072	,131	-,051	-,032	-,023	,005	-,118	-,089	<b>-,196</b>	,074	,043	-,166	,026	-,064
	V17	-,097	-,119	-,026	-,097	,028	-,073	-,104	-,032	,104	-,064	<b>,074</b>	-,114	-,012	,072	-,009
	V19	-,118	-,078	-,027	-,001	-,026	-,128	,041	-,072	,057	,053	,043	<b>-,114</b>	,011	,061	-,062
	V20	-,046	-,125	-,071	-,147	-,253	-,177	,016	,003	,099	,035	-,166	-,012	<b>,011</b>	,116	,041
	V21	-,100	-,096	-,040	-,116	-,182	-,053	-,049	-,011	-,029	,020	,026	,072	,061	<b>,116</b>	-,032
	V22	,058	-,161	-,020	,096	,041	,005	-,006	-,066	-,103	-,039	-,064	-,009	-,062	,041	<b>-,032</b>

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. Reproduced communalities

b. Residuals are computed between observed and reproduced correlations. There are 61 (50.0%) nonredundant residuals with absolute values greater than 0.05.

Gráfico 4. **Scree Plot EEP**



(*EAAT*)

Análise a Consistência Interna

Quadro 26. **Reliability Statistics** *EAAT*

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,672	<b>,729</b>	10