

D 2015

**U.**PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

# **ADESÃO AO TRATAMENTO DA PESSOA COM CARDIOPATIA ISQUÉMICA**

ANTÓNIO MADUREIRA DIAS  
TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA  
AO INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM  
CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM



António Madureira Dias

## **ADESÃO AO TRATAMENTO DA PESSOA COM CARDIOPATIA ISQUÉMICA**

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador: Professor Doutor Carlos Manuel Figueiredo Pereira

Categoria: Professor Coordenador

Afiliação: Escola Superior de Saúde de Viseu - Instituto Politécnico de Viseu

Coorientadora: Professora Doutora Maria João Filomena Santos Pinto Monteiro

Categoria: Professora Coordenador

Afiliação: Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Coorientadora: Professora Doutora Célia Samaria Vilaça de Brito Santos

Categoria: Professor Coordenador

Afiliação: Escola Superior de Enfermagem do Porto



*"Drugs don't work in patients who don't take them"* - C. Everett Koop

(Osterberg & Blaschke, 2005)



## **Agradecimentos**

Existem pessoas nas nossas vidas que nos deixam felizes pelo simples facto de terem cruzado o nosso caminho. Algumas caminham ao nosso lado, *vendo muitas luas* passarem, mas outras apenas as vemos entre um passo e outro. Uma tese de Doutoramento é uma longa viagem, com alguns percalços pelo caminho.

A todas elas, que de uma forma ou de outra contribuem para a construção do nosso *trilho*, natural via do crescimento, queremos expressar a mais profunda gratidão e estima:

Ao Professor Doutor Carlos Pereira, *orientador desta dissertação, por ter acreditado nas nossas capacidades, pelas lições de verdadeira sabedoria, pela amizade e apoio incondicionais, pelo seu olhar crítico que suscitou continuamente novos questionamentos e desafios que promoveram o crescimento pessoal e profissional.*

À Professora Doutora Maria João Monteiro, *orientadora desta dissertação, pela sua constante disponibilidade em nos orientar, pelo apoio e estímulo incondicionais, pela compreensão nos momentos difíceis e pelo partilhar da sua experiência.*

À Professora Doutora Célia Santos, *orientadora desta dissertação, pela sua amabilidade e disponibilidade em aceitar ser nossa orientadora, pela sua sabedoria, pelos ensinamentos e pelo seu contributo inestimável.*

Aos colegas de gabinete, colegas de batalha, Madalena e Olivério, pelos momentos de partilha, de reflexão, apoio e solidariedade.

Ao Professor Doutor João, pela sua mestria quanto às questões estatísticas e pelos desafios que nos colocou...

Ao Instituto Politécnico de Viseu, à Escola Superior de Saúde de Viseu e à Universidade do Porto pela oportunidade concedida.

Aos nossos filhos Ana Rita e João Pedro pela ajuda preciosa nas traduções.

À Regina, esposa e mãe dos nossos três filhos, Ana Rita, João Pedro e Inês Margarida, que esteve presente nos bons e maus momentos. Também pelo companheirismo, amizade e ajuda na clarificação de ideias e pela sua generosidade na leitura e correção desta tese..., pela sua paciência e inabalável apoio.

Agradeço à Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/PROTEC/50337) e ao CI&DTES pelo apoio financeiro a este estudo,

E em especial a todos os doentes com cardiopatia isquémica que participaram no estudo.

**A todos o nosso sincero**

**BEM HAJAM!!!**





## Resumo

**Introdução:** A não adesão ao tratamento é motivo de preocupação por parte da comunidade científica, sendo considerado como um importante problema de saúde pública. Alguns estudos revelam que pessoas com doenças crónicas, nomeadamente a cardiopatia isquémica, têm maior facilidade em aderir à medicação do que cumprir prescrições que exijam mudanças comportamentais e do estilo de vida (Bowry et al., 2011; Fuster, 2012; Soares et al., 2013). Assim, apesar da medicação ser a principal *ferramenta* utilizada para prevenir e gerir eficazmente a doença crónica, cerca de 50% dos doentes com cardiopatia isquémica não obtêm um benefício clínico, devido à baixa adesão aos tratamentos (Sabaté, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005; Fuster, 2012). O não cumprimento das metas terapêuticas estabelecidas está relacionado com o maior número de hospitalizações, maiores custos da doença e pior qualidade de vida, já que as complicações se instalam mais precocemente e de forma mais intensa (Osterberg & Blaschke, 2005; Bowry et al., 2011).

Os objetivos deste estudo foram determinar a prevalência da adesão e relacionar a influência de diversos fatores sociodemográficos, clínicos, farmacológicos, relacionados com os serviços de saúde, sociofamiliares e crenças acerca da medicação na adesão ao tratamento.

**Material e Métodos:** Estudo de carácter analítico, correlacional e transversal, realizado com 254 doentes com cardiopatia isquémica, seguidos em consulta de *follow-up* no Centro Hospitalar Tondela-Viseu. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário autoaplicado que integrava as seguintes escalas: *Satisfação com a Informação acerca da Medicação*, *Apgar Familiar*, *Apoio Social*, *Crenças acerca dos Fármacos* e *Medida de Adesão aos Tratamentos*.

**Resultados:** Os doentes apresentaram uma média de idade de  $66,9 \pm 11,62$  anos, 74,0% eram do sexo masculino, 73,2% eram “casados”, 69,3% tinham escolaridade até ao “4º ano”, 57,1%, residiam na “aldeia”, 70,1% eram “reformados”, 49,6% auferiam um rendimento inferior a um “ordenado mínimo” e 51,6% referiram “ter algumas dificuldades” económicas.

A prevalência da não adesão dos doentes com cardiopatia isquémica foi de 50,4%. Os doentes que aderiram ao tratamento foram aqueles que: (a) apresentaram diagnóstico de “EAM com supra ST” em relação aos que tiveram “angina instável” (Mean Rank=142,12 vs. Mean Rank=113,80); (b) apresentaram a doença há “um” ano face aos que a tiveram há quatro anos (Mean Rank=144,48 vs. Mean Rank=104,68); (c) tiveram o primeiro episódio da síndrome coronária aguda em relação aos que reincidiram (Mean

Rank=138,03 vs. Mean Rank=96,25); (d) possuíram um “*fator de risco*”, comparativamente aos que tiveram “*4 e 5 fatores de risco*” (Mean Rank=154,17 vs. Mean Rank=105,09); (e) foram tratados com “*angioplastia primária*”, face aos que usufruíram de tratamento “*conservador*” (Mean Rank=147,17 vs. Mean Rank=106,30); (f) estiveram assintomáticos em oposição aos que relataram “*limitação a atividades quotidianas*” (Mean Rank=150,44 vs. Mean Rank=96,89) ou “*acentuada/severa limitação a atividades*” (Mean Rank=150,44 vs. Mean Rank=117,68); (g) tomaram medicação à menos tempo ( $R^2=0.021$ ); (h) declararam que a medicação era a “*necessária*”, contrariamente aos que mencionaram ser “*excessiva*” (Mean Rank=135,29 vs. Mean Rank=102,30); (i) não manifestaram dificuldade em cumprir a medicação, nem efeitos secundários; (j) residiram próximo do local da consulta; (k) frequentaram assiduamente as consultas face aos que faltaram “*por vezes*” (Mean Rank=131,40 vs. Mean Rank=90,08); (l) referiram um ambiente familiar altamente funcional; (m) perceberam um bom “*apoio social*” e (n) manifestaram uma baixa crença em relação ao potencial nocivo dos fármacos.

**Conclusão:** Os resultados são consistentes com a investigação nacional e internacional, confirmando a baixa prevalência na adesão ao tratamento relativamente à medicação cardioprotetora. Alguns fatores clínicos, farmacológicos, dos serviços de saúde, sociofamiliares e crenças acerca da medicação, revelaram-se preditores da adesão. Todavia, não se confirmou a relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, estado civil, escolaridade, situação profissional e rendimento mensal) e a adesão ao tratamento.

Palavras-chaves: Adesão ao tratamento, fatores de adesão, cardiopatia isquémica.

## Abstract

**Introduction:** Non-adherence to treatment is a motive of concern by the scientific community, since it is considered as a important problem of public health. Some studies show that people with chronic diseases, such as ischemic heart disease, have more easiness to adhere to medication than to fulfill prescriptions that require behavioural and lifestyle changes (Bowry et al., 2011; Fuster, 2012; Soares et al., 2013). Thus, despite the medication is the principal *tool* used to prevent and effectively manage chronic disease, approximately 50% of patients with ischemic heart disease do get a clinical benefit, due to low treatment adherence (Sabaté, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005; Fuster, 2012). Failure to comply with the established therapeutic goals is related to the greater number of hospitalizations, higher costs of illness and worst quality of life, since the complications are installed earlier and more intensely (Osterberg & Blaschke, 2005; Bowry et al., 2011).

We intend to determine the prevalence of adherence and relate the influence of several socio-demographic, clinical, pharmacological, health services, social-familial factors and beliefs about medicines in treatment adherence.

**Material and Methods:** This study is analytic, correlational and cross-sectional. It was performed on 254 patients with ischemic heart disease, followed in follow-up consultation at the hospital. Data collection was performed through a self-administered questionnaire, integrating the following scales: Satisfaction with Information about Medication, Family Apgar, Social Support, Beliefs about Medicines and Measure Treatment Adherence.

**Results:** The patients had a mean age of  $66,9 \pm 11,6$  years, 74% were male, 73,2% were “*married*”, 69,3% had education up to the “*4<sup>th</sup> grade*”, 57,1% lived in a “*village*”, 70,1% were retired, 49,6% had an income below “*one minimum wage*” and 51,6% reported “*have some economic difficulties*”.

The prevalence non-adherence of patients with ischemic heart disease was 50,4%. The patients who adhered more to treatment were those who: (a) were diagnosed with “*acute myocardial infarction with ST elevation*” in relation to those who had “*unstable angina*” (Mean Rank=142,12 vs. Mean Rank=113,80); (b) had the disease for “*one*” year compared to those who had four years ago (Mean Rank=144,48 vs. Mean Rank=104,68); (c) had the first episode of acute coronary syndrome in relation to those who relapsed (Mean Rank=138,03 vs. Mean Rank=96,25); (d) had one “*risk factor*” compared to those who had “*4 and 5 risk factors*” (Mean Rank=154,17 vs. Mean Rank=105,09); (e) were treated with “*primary angioplasty*” compared to those that enjoyed “*conservative*” treatment (Mean Rank=147,17 vs. Mean Rank=106,30); (f) were asymptomatic in contrast

to those that reported "*limitation to everyday activities*" (Mean Rank=150,44 vs. Mean Rank=96,89) or "*severe limitation to activities*" (Mean Rank=150,44 vs. Mean Rank=117,68); (g) took medication less time ( $R^2=0.021$ ); (h) stated that the medication was the "*necessary*" in contrast to those who mentioned to be "*excessive*" (Mean Rank=135,29 vs. Mean Rank=102,30); (i) did not express difficulty in accomplishing the medication, neither side effects; (j) lived near the consultation localization; (k) assiduously attended the consultations, comparing to those who "*sometimes*" missed (Mean Rank=131,40 vs. Mean Rank=90,08); (l) reported a highly functional family environment; (m) had a good "*social support*" and (n) expressed a low belief regarding the potential harmful of medicines.

**Conclusion:** The results are consistent with national and international research, confirming the low prevalence on treatment adherence regarding the cardioprotective medication. Some clinical, pharmacological, health services, social-familial factors and beliefs about medicines in treatment adherence proved to be predictors of adherence. However, we did not confirm the relationship between sociodemographic factors (gender, age group, marital status, education, employment status and monthly income) and treatment adherence.

Keywords: treatment adherence, adherence factors, ischemic heart disease.

## **Publicações e Comunicações**

### ***Artigos publicados***

- Dias, A. M., Pereira, C., Monteiro, M. J. & Santos, C. (2014). Beliefs about medication and adherence to drug therapy in the patient with ischemic heart disease. *Atención Primaria* 46 (Espec.Cong 1): 101-106.
- Dias, A. M., Pereira, C., Monteiro, M. J., Santos, C., Silva, J. P. & Saraiva, R. C. (2013). Type of treatment and quality of life in patients after acute myocardial infarction. p. 45-48. Selected Full Papers from the 5yh European Conference on Public Health (Malta 2012). International proceeding, MEDIMOND.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A. & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium*, 40: 201-219.

### ***Resumos em revistas de encontros científicos***

- Dias, A. M., Santos, C., Pereira, C., Monteiro, M. J. & Saraiva, O. (2013). Beliefs about medication and adherence to drug therapy in the patient with ischemic heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. European Journal of Cardiovascular Nursing. Vol 12. Supplement 1, p. 28-29. doi: 10.1177/1474515113477019.
- Dias, A. M., Santos, C., Pereira, C., Monteiro, M. J., Silva, J. P. & Cunha, M. (2013). Quality of life after Acute Myocardial Infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol 12. Supplement 1, p. 28-29. doi: 10.1177/1474515113477019.
- Dias, A. M., Pereira, C., Monteiro, M. J., Santos, C., Andrade, A. & Saraiva, R. C. (2013). Social Support and adherence to therapy after heart ischemia disease. Interactive poster presentations, *Psychology & Health*. Volume 28, Supplement 1, July 2013, p. 257. Doi:10.1080/08870446.2013.810851.
- Dias, A. M., Pereira, C., Monteiro, M. J., Santos, C. & Saraiva, R. C. (2013). Locus of Control of patient with ischemic heart disease and adherence to drug therapy (2013). Interactive poster presentations, *Psychology & Health*. Volume 28, Supplement 1, July 2013, p. 257-8. doi:10.1080/08870446.2013.810851.
- Dias, A. M., Pereira, C., Monteiro, M. J., Santos, C., Ribeiro, O. & Saraiva, R. C. (2013). Family cohesion: Perception of patients with ischemic heart disease and the impact on adherence to drug therapy (2013). Interactive poster presentations, *Psychology & Health*. Volume 28, Supplement 1, July 2013, p. 258. doi:10.1080/08870446.2013.810851.

- Dias, A. M., Pereira, C., Monteiro, M. J., Santos, C., Duarte, J. & Saraiva, R. C. (2013). The importance of self-concept on adherence to drug therapy in patients with ischemic heart disease (2013). Interactive poster presentations, Psychology & Health. Volume 28, Supplement 1, July 2013, p. 258. doi:10.1080/08870446.2013.810851.
- Duarte, A. R. & Dias, A. (2013). Satisfaction with information about the medication in patients with Acute Coronary Syndrome. *Atención Primaria*. 2013;45 (Espec Cong 1): 45-46.
- Dias, A. M., Pereira, C., Saraiva, R., Duarte, J., Silva, D., Ribeiro, O., ... Monteiro, M. J. (2012). Sociodemographic profile and therapeutic adherence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol 11. Supplement 1, p. 67-68.
- Dias, A. M., Pereira, C., Saraiva, R., Monteiro, M. J., Duarte, J., Amaral, M. O. P., ... Dias, J. P. (2012). The influence of knowledge about the illness on adherence to therapy after heart ischemia. *World Congress of Cardiology 2012 Poster Presentations*. *Circulation*, Vol 125, Nº 19 May 15, p. 832.
- Dias, A. M., Pereira, C., Monteiro, M. J., Saraiva, R. C., Andrade, A., ... Cunha, M. (2011). Impact of the family's functionality and information on therapeutic adherence after ischemic heart disease. *European Journal of Public Health*. Vol. 19, Supplement 1, p. 194.

### ***Comunicações orais***

- Dias, A. M. & Duarte, A. R. (2013). Satisfaction with information about the medication in patients with Acute Coronary Syndrome. I World Congresso f children and youth health behaviors/IV National Congresso n Health Education.
- Dias, A. M., Pereira, C., Saraiva, R., Monteiro, M. J., Costa, J., Andrade, A., Cunha, M., Silva, D. & Ribeiro, O. (2012). The importance of information on adherence to therapy after cardiac ischemia. *World Congress of Cardiology Scientific Sessions*.
- Lopes, L. F. C., Dias, A. M. & Gonçalves, C. S. P. (2011). Autoconceito e serviços de saúde e adesão à terapêutica em doentes com coronariopatia isquémica. 1º Congresso de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada pela Unidade Científico Pedagógica de Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu.

### ***Comunicações em Painel (Interactive poster presentations)***

- Dias, A. M., Santos, C., Pereira, C., Monteiro, M. J. & Saraiva, O. (2013). Beliefs about medication and adherence to drug therapy in the patient with ischemic heart disease. *EuroHeartCare* 2013.

- Dias, A. M., Pereira, C., Monteiro, M. J., Santos, C., Andrade, A. & Saraiva, R. C. (2013). Social Support and adherence to therapy after heart ischemia disease (2013). Interactive poster presentations, 27th European Health Psychology Conference.
- Dias, A. M., Pereira, C., Monteiro, M. J., Santos, C. & Saraiva, R. C. (2013). Locus of Control of patient with ischemic heart disease and adherence to drug therapy (2013). 27th European Health Psychology Conference.
- Dias, A. M., Pereira, C., Monteiro, M. J., Santos, C., Ribeiro, O. & Saraiva, R. C. (2013). Family cohesion: Perception of patients with ischemic heart disease and the impact on adherence to drug therapy (2013). 27th European Health Psychology Conference.
- Dias, A. M., Pereira, C., Monteiro, M. J., Santos, C., Duarte, J. & Saraiva, R. C. (2013). The importance of self-concept on adherence to drug therapy in patients with ischemic heart disease (2013). 27th European Health Psychology Conference.
- Dias, A. M., Pereira, C., Saraiva, R., Duarte, J., Silva, D., Ribeiro, O., ... Monteiro, M. J. (2012). Sociodemographic profile and therapeutic adherence. 12th Annual Spring Meeting on Cardiovascular Nursing.
- Dias, A. M., Pereira, C., Saraiva, R., Monteiro, M. J., Duarte, J., Amaral, M. O. P., ... Dias, J. P. (2012). The influence of knowledge about the illness on adherence to therapy after heart ischemia. World Congress of Cardiology Scientific Sessions.
- Dias, A. M., Pereira, C., Monteiro, M. J., Saraiva, R. C., Andrade, A., ... Cunha, M. (2011). Impact of the family's functionality and information on therapeutic adherence after ischemic heart disease. 4th European Public Health Conference.

### **Simpósios**

- Dias, A. (2013). Coordinator Symposium: Patients with acute coronary syndrome – From pre-hospital care to quality of live, in the I World Congress of Children and Youth Health Behaviours and the IV National Congress of Health Education held in the Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal. Incorporate communications:
- Ferreira, L. & Dias, A. (2013). Prevalence of pain in pre-hospital emergency care – the priority of chest pain.
  - Santos, N. & Dias, A. (2013). Delay time of intra-hospital acute coronary syndromes.
  - Lopes, M.A. & Dias, A. (2013). The lifestyles in patients with acute coronary syndrome.
  - Duarte, A.R. & Dias, A. (2013). Satisfaction with information about the medication in patients with Acute Coronary Syndrome. Atención Primaria.
  - Silva, J. P. & Dias, A. (2013). Quality of life of patients after acute coronary syndrome.

- Macedo B & Dias A. (2013). Prevalence of cardiovascular risk factors among patients with acute coronary syndrome.



## **Acrónimos e Siglas**

ACPM - American College of Preventive Medicine

AHA - American Heart Association

AVC - Acidentes vasculares cerebrais

AVPP - Anos de Vida Potencial Perdidos

DCV - Doenças cardiovasculares

DGS - Direção-Geral da Saúde

EAM - Enfarte agudo do miocárdio

EAM com supra-ST - EAM com supra-desnívelamento do segmento ST

EAM sem supra-ST - EAM sem supra-desnívelamento do segmento ST

ECG - Eletrocardiograma

ESC - European Society of Cardiology

EUA - Estados Unidos da América

Eurostat - European Statistical System

HTA - Hipertensão arterial

ICN - International Council of Nurses

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS - Instituto Nacional de Saúde

MEMS - Medication Events Monitoring System

MeSH - Medical Subject Headings

NCPIE - National Council on Patient Information and Education

OCDE - Organização para a Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

SCA - Síndrome coronária aguda

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UE - União Europeia

WHO - World Health Organization

WMA - World Medical Association



## Índice

<b>Introdução</b> .....	25
-------------------------	----

### **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

<b>Capítulo 1 – Doenças Cardiovasculares</b> .....	33
1.1 – Programas de saúde em Portugal.....	38
<b>Capítulo 2 – Adesão ao Tratamento</b> .....	43
2.1 – Conceito e evolução histórica.....	43
2.2 – Modelos e teorias da adesão terapêutica.....	49
2.3 – Avaliação da adesão terapêutica .....	55
2.4 – Estratégias de intervenção na adesão .....	61
2.5 – Prevalência e determinantes da adesão .....	66

### **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

<b>Capítulo 1 – Considerações Metodológicas</b> .....	77
1.1 – Questões de investigação .....	77
1.2 – Tipo de estudo .....	78
1.3 – População e amostra .....	80
1.4 – Instrumentos .....	82
1.4.1 - Escala de satisfação com a informação acerca da medicação.....	85
1.4.2 - Estilos de vida.....	89
1.4.3 - Escala de APGAR Familiar.....	93
1.4.4 - Escala de Apoio Social.....	96
1.4.5 - Questionário de Crenças acerca dos Fármacos.....	101
1.4.6 - Medida de Adesão ao Tratamento.....	105
1.5 – Procedimentos na recolha de dados e considerações éticas .....	108
1.6 – Procedimentos no tratamento dos dados .....	108
<b>Capítulo 2 – Resultados</b> .....	111
2.1 – Caracterização clínica.....	111
2.2 – Caracterização da terapêutica farmacológica.....	114
2.3 – Caracterização do recurso aos serviços de saúde .....	116
2.4 – Caracterização dos estilos de vida.....	119
2.5 – Caracterização sociofamiliar .....	120
2.6 – Caracterização das crenças acerca dos fármacos .....	121
2.7 – Avaliação da adesão ao tratamento .....	122

2.8 – Variáveis sociodemográficas e a adesão ao tratamento .....	122
2.9 – Variáveis clínicas e a adesão ao tratamento.....	124
2.10 – Variáveis farmacológicas e a adesão ao tratamento.....	125
2.11 – Variáveis relacionadas com os serviços de saúde e a adesão ao tratamento.....	127
2.12 – Variáveis sociofamiliares e a adesão ao tratamento .....	128
2.13 – Variáveis relacionadas com as crenças acerca da medicação e a adesão ao tratamento.....	129
<b>Capítulo 3 – Discussão .....</b>	<b>133</b>
3.1 – Prevalência da adesão ao tratamento.....	134
3.2 – Variáveis sociodemográficas e a adesão ao tratamento .....	136
3.3 – Variáveis clínicas e a adesão ao tratamento.....	141
3.4 – Variáveis farmacológicas e a adesão ao tratamento.....	145
3.5 – Variáveis relacionados com os serviços de saúde e a adesão ao tratamento .....	148
3.6 – Variáveis sociofamiliares e a adesão ao tratamento .....	152
3.7 – Crenças acerca da medicação e a adesão ao tratamento .....	154
<b>Capítulo 4 – Proposta de Intervenção.....</b>	<b>157</b>
<b>Capítulo 5 – Conclusões.....</b>	<b>167</b>
<b>Lista de Referências Bibliográficas .....</b>	<b>173</b>

## ANEXOS

Anexo I – Instrumentos de colheita de dados .....	197
Anexo II – Autorização para a aplicação do Questionário.....	199
Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu/IPV .....	201
Anexo IV – Declaração de consentimento informado .....	203

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Diferenças entre os conceitos Compliance e Adherence .....	46
Quadro 2 - Métodos de avaliação da adesão ao tratamento .....	56
Quadro 3 - Consenso do Ascertaining Barriers to Compliance Project para a adesão .....	65
Quadro 4 - Prevalência da adesão ao tratamento .....	66
Quadro 5 - Características sociodemográficas em função do sexo .....	82
Quadro 6 - Consistência interna de SIMS .....	86
Quadro 7 - Análise fatorial em componentes principais de SIMS .....	88
Quadro 8 - Consistência interna e correlação por item das subescalas de SIMS .....	89
Quadro 9 - Matriz de correlação de Pearson entre as subescalas de SIMS .....	89
Quadro 10 - Consistência interna da escala dos estilos de vida .....	93
Quadro 11 - Consistência interna da escala de APGAR Familiar .....	95
Quadro 12 - Matriz de correlação entre os itens e o valor global da escala de APGAR Familiar .....	95
Quadro 13 - Consistência interna da EAS .....	97
Quadro 14 - Análise fatorial em componentes principais da EAS .....	99
Quadro 15 - Consistência interna e correlação por item dos três fatores da EAS .....	100
Quadro 16 - Correlação de Pearson entre os fatores e o valor global da EAS .....	101
Quadro 17 - Consistência interna do QCF-Específica .....	102
Quadro 18 - Análise fatorial em componentes principais do QCF-Específica .....	103
Quadro 19 - Consistência interna e correlação por item do QCF-Específica .....	104
Quadro 20 - Matriz de correlação entre os itens e a dimensão necessidade específica .....	105
Quadro 21 - Matriz de correlação entre os itens e a dimensão preocupações específicas .....	105
Quadro 22 - Consistência interna da MAT .....	106
Quadro 23 - Matriz de correlação entre os itens e o valor global do MAT .....	107
Quadro 24 - Caracterização clínica em função do sexo .....	113
Quadro 25 - Caracterização da terapêutica farmacológica em função do sexo .....	115
Quadro 26 - Estatísticas relativas ao número de comprimidos, tempo e custo da medicação .....	116
Quadro 27 - Caracterização do recurso aos serviços de saúde .....	117
Quadro 28 - Satisfação com a informação acerca da medicação .....	118
Quadro 29 - Estatísticas relativas à satisfação com a informação acerca da medicação .....	118

Quadro 30 - Estatísticas relativas aos estilos de vida.....	119
Quadro 31 - Caracterização dos estilos de vida .....	120
Quadro 32 - Caracterização sociofamiliar (tipo e a funcionalidade familiar).....	120
Quadro 33 - Estatísticas relativas à funcionalidade familiar e ao apoio social .....	121
Quadro 34 - Estatísticas relativas às crenças acerca dos fármacos .....	122
Quadro 35 - Caracterização da adesão ao tratamento .....	122
Quadro 36 - Relação entre a adesão ao tratamento e as variáveis sociodemográficas .....	123
Quadro 37 - Relação entre a adesão ao tratamento e as variáveis clínicas.....	125
Quadro 38 - Regressão simples entre a adesão ao tratamento e o tempo da toma da medicação .....	126
Quadro 39 - Relação entre a adesão ao tratamento e as variáveis farmacológicas.....	127
Quadro 40 - Regressão simples relativa à distância do domicílio à consulta e a adesão ao tratamento .....	127
Quadro 41 - Relação entre a adesão ao tratamento e as variáveis relacionadas com os serviços de saúde .....	128
Quadro 42 - Regressão múltipla relativa a adesão ao tratamento e as variáveis sociofamiliares (funcionalidade familiar e apoio social) .....	129
Quadro 43 - Regressão simples entre a adesão ao tratamento e as crenças acerca dos fármacos .....	130
Quadro 44 - Intervenções agrupadas segundo o modelo “SIMPLE” .....	161

## Índice de Figuras

Figura 1 - Ilustração relativa à evolução do conceito de adesão .....	47
Figura 2 - Representação esquemática da relação entre as variáveis .....	79
Figura 3 - Variâncias de <i>scree plot</i> de SIMS .....	87
Figura 4 - Variâncias de <i>scree plot</i> da EAS.....	98
Figura 5 - Representação esquemática das variáveis independentes que estabeleceram relação significativa com a adesão ao tratamento.....	131
Figura 6 - Modelo de intervenção na adesão ao tratamento .....	165





## Introdução

Nas últimas décadas, diversos estudos epidemiológicos têm demonstrado alterações na frequência das doenças em várias populações. Os indicadores de saúde mostram-nos que nos países ocidentais se verifica um aumento da prevalência das doenças crónicas, frequentemente associado a mudanças profundas nos estilos de vida (World Health Organization (WHO), 2011, 2014-a).

As doenças crónicas são responsáveis por um terço das mortes em todo o mundo. A doença coronária, as infeções respiratórias (ex. pneumonia) e o acidente vascular cerebral (AVC) constituem as três principais causas de anos de vida perdidos por morte prematura (WHO, 2011, 2014-a).

As doenças cérebro e cardiovasculares, nomeadamente, a doença coronária e o AVC, constituem a principal causa de mortalidade e morbilidade nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, com significativos custos sociais e económicos, sendo por isso consideradas um importante problema de saúde pública. De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), essa tendência persistirá, pelo menos, até ao ano 2030 (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2013; WHO, 2014-a).

Também em Portugal as doenças cardiovasculares (DCV) continuam a ser a principal causa de mortalidade, apesar de se ter registado uma tendência de decréscimo nos últimos anos. São consideradas como a segunda causa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP), com importante impacto económico decorrente da incapacidade provocada por estas, bem como dos custos relacionados com o seu tratamento (WHO, 2008-a; DGS, 2013).

Mais de 50% da mortalidade e incapacidade resultantes da cardiopatia isquémica e AVC poderiam ser evitadas, através da implementação de medidas individuais (intervenção farmacológica) e comunitárias (desenvolvimento por parte dos governos de políticas e programas promotores da saúde populacional), dirigidas ao controlo adequado dos principais fatores de risco para estas patologias, nomeadamente a hipertensão arterial (HTA), a dislipidémia, o tabagismo e a obesidade (Sabaté, 2003; WHO, 2002, 2011; 2014-a).

Alguns estudos revelam que as pessoas com condições crónicas têm maior facilidade em aderir à medicação do que cumprir prescrições que exijam mudanças comportamentais e dos estilos de vida (Sabaté, 2003; Bowry et al., 2011; Fuster, 2012; Soares et al., 2013). Assim, a medicação constitui, na atualidade, a intervenção de saúde mais comum (Banning, 2009; Braithwaite, Shirkhorshidian, Jones & Johnsrud, 2013).

Contudo, o relatório de 2003 da OMS identificou a não adesão ao tratamento a longo prazo, como um *problema mundial de elevada magnitude*. Realça, ainda que, nos países desenvolvidos a taxa de adesão nos doentes crónicos é em média de 50%, sendo mais baixa nos países em desenvolvimento (Sabaté, 2003).

A baixa adesão é um problema importante de saúde pública e não diz respeito especificamente à medicação cardiovascular. Numa meta-análise, que envolveu estudos observacionais com 376.162 doentes, constatou-se uma prevalência de baixa adesão de 43% em vários grupos farmacológicos (Naderi, Bestwick & Wald, 2012). Todavia, os resultados de outro estudo apontam para diferenças na adesão em relação às classes da medicação cardiovascular. No caso dos doentes hipertensos, a adesão oscilou entre um mínimo de 28% nos  $\beta$ -bloqueadores e um máximo de 65% nos antagonistas da angiotensina (Kronish et al., 2011).

Em consonância, num estudo de coorte efetuado em Espanha, envolvendo 7462 doentes com síndrome coronária aguda (SCA), 69,9% tomaram agentes antiagregantes plaquetários, 43,3%  $\beta$ -bloqueadores, 45,4% antagonistas da angiotensina e 58,8% estatinas. Aproximadamente 18% dos doentes não tomaram qualquer tipo de medicação prescrita e 47,6% fizeram-no em três ou mais grupos farmacológicos (Sanfélix-Gimeno et al., 2013).

Em Portugal, o estudo realizado por Cabral e Silva (2010), concluiu que sensivelmente um terço da população de doentes em tratamento adere às prescrições médicas. No entanto, 88% dos participantes do referido estudo consideraram que seguiam o tratamento corretamente.

Estima-se que a medicação cardioprotetora foi responsável por metade da redução na mortalidade por SCA nos últimos 20 anos (Ford et al., 2007; Bosworth et al., 2011; Sanfélix-Gimeno et al., 2013). No entanto, a baixa adesão à medicação cardiovascular levou a considerável morbidade, mortalidade e custos de saúde evitáveis (Ford et al., 2007; Ho et al., 2008; Mahoney, Ansell, Fleming & Butterworth, 2008; Bosworth et al., 2011; Sanfélix-Gimeno et al., 2013). Cerca de 125.000 mortes por ano e 33% a 69% das hospitalizações nos Estados Unidos foram devidos à fraca adesão (Ho et al., 2008; Mahoney et al., 2008; Bosworth et al., 2011; Viswanathan et al., 2012).

Num estudo retrospectivo realizado em italiano, envolvendo 90.832 doentes com SCA observou-se uma redução de 18% de eventos isquémicos naqueles que apresentaram uma taxa de adesão às estatinas superior a 80%, comparativamente com os que registaram uma taxa inferior a 20% e ainda apresentaram um risco aumentado de 15% (IC de 95% [1; 1,33]) de hospitalização por enfarte agudo do miocárdio (EAM) (Corrao, Conti, Merlino, Catapano & Mancia, 2010).

Num estudo de coorte envolvendo 59.647 doentes com HTA, o custo da hospitalização devido à baixa adesão por doente, num período de três anos, foi de 3574 dólares (IC de 95% [2897 - 4249 dólares]) (Dragomir et al., 2010). A falta de rigor na identificação e classificação da não adesão leva à intensificação da medicação, com aumento das doses do medicamento e, conseqüentemente, aumento do custo global do tratamento e do risco de efeitos adversos (Dragomir et al., 2010; Bosworth et al., 2011).

As conseqüências da não adesão ao tratamento não se circunscrevem apenas nos resultados clínicos, mas também nos custos desnecessários na saúde (Sabaté, 2003; Jackevicius, Li & Tu, 2008; Dragomir et al., 2010; Bosworth et al., 2011; Viswanathan et al., 2012). Estudos de prevenção secundária das SCA demonstraram uma redução de custos de 10,1% a 17,8% entre os doentes aderentes e não aderentes, correspondendo a 294 e 868 dólares por doente (Bitton, Choudhry, Matlin, Swanton & Shrank, 2013). A não adesão torna-se, assim, um problema a ser considerado quando se pretende atingir a qualidade dos cuidados de saúde, assim como a redução dos custos e a maior efetividade dos recursos.

Na análise custo benefício da adesão ao tratamento, as estimativas indicam que por cada dólar adicional gasto na adesão, os custos diminuiriam 7 dólares nos diabéticos, 5,10 dólares nos doentes com dislipidémia e 3,98 dólares nos hipertensos (Bosworth et al., 2011).

A adesão também pode variar em função do nível de prevenção (primária ou secundária), sendo que a medicação na prevenção primária está tipicamente associada à menor adesão (Naderi et al., 2012). Independentemente das diferenças acerca da forma e do momento da avaliação, a baixa adesão à medicação cardiovascular apresenta uma elevada prevalência.

A baixa adesão ao tratamento é a razão primária da redução do benefício clínico, levando a complicações médicas e psicossociais, reduzindo a qualidade de vida (Sabaté, 2003). Na cardiopatia isquémica, a medicação tem como objetivo preservar a função cardíaca, reduzir a frequência e a gravidade das exacerbações e melhorar o estado geral de saúde, pelo que deve ser administrada conforme a prescrição (Perk et al., 2012; Wai, Pulver, Oliver & Thompson, 2012; Montalescot et al., 2013; Sanfélix-Gimeno et al., 2013).

O conceito de adesão ao tratamento traduz a conformidade entre as atitudes e os comportamentos do doente e as recomendações do prestador de cuidados. Desta forma, abrange comportamentos relacionados com a saúde, que para além da toma da medicação prescrita, contempla outros aspetos, como a autogestão dos comportamentos, nomeadamente, marcação e comparência nas consultas, alteração nos estilos de vida, incluindo a dieta, o exercício, a cessação dos hábitos tabágicos, a gestão do *stress*, a

autogestão da doença e das suas consequências (Sabaté 2003; Cabral & Silva, 2010; Braithwaite et al., 2013).

A adesão ao tratamento é um conceito complexo influenciado por diversos fatores, tanto a nível do sistema de cuidados de saúde (incluindo os próprios profissionais de saúde), como a nível do próprio doente, da sua patologia e do tipo de tratamento (Shay 2008; Gould & Mitty, 2010). A clarificação deste conceito é o primeiro passo para identificar e compreender os fatores que a podem dificultar ou facilitar (Sabaté, 2003; Zolnieriek & DiMatteo, 2009; American College of Preventive Medicine (ACPM), 2011).

Nesse sentido, a não adesão é reconhecida como um dos principais desafios que os profissionais de saúde enfrentam nos cuidados de saúde (Sabaté 2003; Banning, 2009; Ho, Bryson & Rumsfeld, 2009; Bosworth et al., 2011; Naderi et al., 2012; Braithwaite et al., 2013). Uma elevada proporção da população mundial depara-se com a necessidade de tomar medicação e de adotar medidas para controlar e tratar, tanto as condições agudas como as crónicas (Ford et al., 2007; Ho et al., 2008; Cabral & Silva, 2010; Sanfélix-Gimeno et al, 2013).

A adesão ao tratamento não é um comportamento fácil de adquirir porque, desde logo, requer alterações comportamentais, daí que seja essencial a ação coordenada dos profissionais de saúde, do doente e da própria família (Ho et al., 2009; Cabral & Silva, 2010; Bosworth et al., 2011; Braithwaite et al., 2013).

Atualmente, a não adesão tem vindo a ocupar um lugar cada vez mais importante nas preocupações dos doentes com DCV e das suas famílias, bem como em todas as classes profissionais de saúde, já que começam a consciencializar-se das repercussões da não adesão, em termos pessoais, sociais e económicos (Gould & Mitty, 2010; Kronish & Ye, 2013).

Em Portugal não existem indicadores globais da adesão aos regimes terapêuticos (Delgado & Lima, 2001). Encontramos alguns estudos parcelares que avaliam a adesão ao tratamento em portadores de doenças crónicas como a HTA, síndrome da imunodeficiência adquirida e diabetes.

A relevância da adesão ao tratamento é indiscutível, pois desta depende a prevenção de uma patologia, o sucesso do tratamento proposto e o controle de uma condição crónica.

Parece inegável a pertinência desta temática, para a investigação, dada a relevância que a mesma desempenha na atualidade, para além da escassez de estudos efetuados nesta área. Contextualizada desta forma, emerge a seguinte questão: ***Que fatores interferem na adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?***

Para obter resposta a esta inquietação, delineámos os seguintes objetivos: (a) determinar a prevalência da adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica

e (b) relacionar a influência de fatores sociodemográficos, clínicos, farmacológicos, relacionados com os serviços de saúde, sociofamiliares e crenças acerca da medicação na adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica.

Em termos metodológicos, o modelo de investigação adotado corresponde a um estudo transversal, seguindo uma via analítica-correlacional, realizado com uma amostra de 254 doentes com diagnóstico médico de cardiopatia isquémica (pós EAM ou angina instável) que se encontravam em consulta de *follow-up* no Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Estruturalmente, o relatório desta pesquisa consta de duas partes. A primeira incorpora a revisão da literatura, nacional e internacional, permitindo desta forma contextualizar o problema em estudo. Assim, a revisão teórica comporta dois capítulos principais. No primeiro fazemos uma abordagem da importância que as DCV têm assumido no panorama da saúde a nível nacional e internacional e as suas implicações na capacidade de resposta a nível das organizações de saúde. Caracterizamos a cardiopatia isquémica quanto ao conceito, fatores de risco, diagnóstico, tratamento e reabilitação cardiovascular. No segundo capítulo é dada ênfase a todos os aspetos que dizem respeito ao problema da adesão, desde a prevalência, definição dos conceitos, fatores envolvidos e correntes teóricas explicativas.

A segunda parte diz respeito ao contributo pessoal e encontra-se subdividida em cinco capítulos. O primeiro está relacionado com os aspetos metodológicos, onde é descrito o tipo de estudo, os participantes e sua caracterização, os instrumentos de avaliação, os procedimentos de recolha de dados e as medidas estatísticas utilizadas na análise. O segundo reporta-se à apresentação e análise dos resultados e o terceiro à discussão dos resultados, à luz da literatura nacional e internacional. No quarto capítulo apresentamos um plano de intervenção centrado na pessoa, na família e na comunidade, a levar a efeito por uma equipa de profissionais com informação e motivação, de forma a promover a adesão ao tratamento. No último capítulo, são apresentadas as conclusões onde são patentes os resultados mais relevantes, as principais limitações, as suas implicações na prática do cuidar e são perspectivadas novas áreas a investigar.

Terminamos com a lista de referências bibliográficas e um conjunto de documentos em anexo, designadamente o questionário e respetiva autorização para a sua aplicação.



**PARTE I**

---

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**





## Capítulo 1 – Doenças Cardiovasculares

Ao longo dos dois últimos séculos, com a revolução industrial, tecnológica e as transformações económicas e sociais que lhes estão associadas, ocorreram importantes mudanças do perfil de morbilidade e mortalidade das populações devidas ao aumento das doenças crónicas.

As doenças do aparelho circulatório<sup>1</sup> são responsáveis por um impacto expressivo na mortalidade da população mundial, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Merecem destaque as doenças cérebro e cardiovasculares que são as principais causas de morte a nível global, situação que se prevê que não se altere durante as próximas décadas (WHO, 2011; Perk et al., 2012; European Statistical System (Eurostat), 2013).

Das 56 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2012, 38 milhões (68%) foram devidas às doenças crónicas, nomeadamente DCV (46,2%), neoplásicas (21,7%), respiratórias (10,7%) e diabetes (4%). Estas quatro principais doenças crónicas foram responsáveis por 82% das mortes prematuras que ocorreram em países de baixo e médio rendimento (WHO, 2014-a). Prevê-se que em 2030, o número mortes por DCV aumente para 52 milhões (WHO, 2014-a, 2014-b).

As DCV têm vindo a ser apelidadas como as *novas epidemias*. No entanto, são escassas as informações que permitam estimar a sua incidência, nomeadamente no que se refere ao AVC e ao EAM. Cerca de 35 milhões de pessoas têm um evento coronário ou cerebrovascular agudo a cada ano e cerca de metade destes ocorrem no contexto da doença vascular pré-existente. Estima-se que o número de casos de DCV, no mundo, seja superior a 100 milhões (Perk et al., 2012; Eurostat, 2013).

No que diz respeito à incidência do EAM em Portugal, os dados da Rede Médicos Sentinela apontaram para 218 casos por 100 mil habitantes com 45 ou mais anos de idade, sendo mais elevada nos homens (302/100 mil) e no grupo etário de 75 ou mais anos (354/100 mil) (Instituto Nacional de Saúde (INS), 2012).

### Mortalidade

As estatísticas sobre as causas de morte são baseadas em informações das declarações de óbito. Estas traduzem a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos, que conduziram diretamente à morte, ou às circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal (Eurostat, 2013).

---

<sup>1</sup> As doenças do aparelho circulatório englobam um conjunto de patologias descritas no Capítulo IX da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, como a cardiopatia isquémica, HTA, doenças cerebrovasculares, reumática cardíaca, cardíaca pulmonar, da circulação pulmonar, das artérias, arteríolas e capilares, das veias, dos vasos linfáticos e nódulos linfáticos e outras formas de doença cardíaca. A cardiopatia isquémica (códigos I20 - I25), engloba entre outras, a angina do peito, o EAM e a cardiopatia isquémica crónica (International Classification of Diseases – 10th Revision. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/IX>)

A nível global estima-se que, em 2001 e 2005, as DCV foram responsáveis pela morte de, respetivamente, 16,6 e 17,5 milhões de pessoas, o que representou cerca de 30% de todas as mortes. Dessas mortes, 7,6 milhões terão sido devidas ao EAM e 5,7 milhões ao AVC, tendo a maior parte (80%) ocorrido em países em vias de desenvolvimento, afetando ambos os sexos de forma semelhante (WHO, 2008-a; Perk et al., 2012).

Segundo a OMS, as DCV constituem a principal causa de mortalidade e morbidade a nível mundial, sendo responsáveis por 32% do total de mortes no sexo masculino e 27% no sexo feminino (WHO, 2008-a). A primeira causa de morte é a cardiopatia isquémica, que representa 12,2% do total, seguida pela doença cerebrovascular com 9,7% do total de mortes (Perk et al., 2012). Mesmo nos países em vias de desenvolvimento, a cardiopatia isquémica constitui já um importante problema de saúde pública, surgindo como segunda causa de morte, representando 9,4% do total de mortes (WHO, 2008-a; Perk et al., 2012).

Ao longo das últimas quatro décadas, a mortalidade por DCV tem diminuído em países de rendimento elevado, devido à redução dos fatores de risco cardiovasculares e uma melhor gestão da doença (O'Flaherty, Buchan & Capewell, 2013). Atualmente, mais de 80% das mortes por DCV ocorrem em países de baixo e médio rendimento. Em 2012, a doença cardíaca e AVC estavam entre as três principais causas de anos de vida perdidos por morte prematura em todo o mundo (WHO, 2014-a).

Na União Europeia (UE), dados recentes do Eurostat (2013) indicaram que 4,85 milhões de pessoas morreram na UE-27 em 2010.<sup>2</sup> Destas, 1,90 milhões (equivalente a 39,1% do total) deveram-se às doenças do aparelho circulatório, 1,26 milhões (25,9% do total) foram causadas por neoplasias malignas e 372 mil (7,7% do total) por doenças do aparelho respiratório. Com efeito, mais de 80% das mortes ocorreram na população idosa (idades superiores a 70 anos) e resultaram de doenças do aparelho circulatório (Eurostat, 2013; Instituto Nacional de Estatística (INE), 2014).

De entre as doenças do aparelho circulatório, as causas de morte mais comuns foram as cardiopatias isquémicas e as doenças vasculares cerebrais, com 76,5 mortes por 100 mil habitantes (Eurostat, 2013).

Existe uma grande variabilidade entre os diversos países europeus quanto à incidência e número de mortes por DCV. Estas doenças têm vindo a diminuir na maioria dos países do norte, sul e oeste da Europa desde a década de 70. Contudo, esta tendência não se confirma, ou pelo menos não com a mesma intensidade, nos países da Europa Central e de Leste (European Heart Network, 2012).

---

<sup>2</sup> Com acréscimo de 0,4% do total de mortes registadas na década anterior.

Os Estados-Membros da UE com as mais elevadas taxas de mortalidade por cardiopatias isquémicas foram os do Báltico, a Eslováquia e a Hungria com mais de 200 óbitos por 100 mil habitantes em 2010. No outro extremo da escala<sup>3</sup> encontram-se a França, Portugal, Países Baixos, Espanha e o Luxemburgo com menos de 50 óbitos por 100 mil habitantes (Eurostat, 2013).

De acordo com as tendências europeias, em Portugal, as DCV também são consideradas um dos mais importantes problemas de saúde pública, por serem a principal causa de morte, morbilidade, invalidez e anos de vida potencialmente perdidos, principalmente a doença coronária e o AVC (DGS, 2006; 2013).

A taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, em 2011, foi mais elevada no Alentejo (4,5/100 mil), seguida da região Centro (3,5/100 mil), sendo a região Norte a mais baixa (2,4/100 mil) (INE, 2012).

Em 2012, registaram-se em Portugal 107.969 óbitos, o que correspondeu a um acréscimo de 4,6% face a 2011, mantendo-se como principais causas de morte as doenças do aparelho circulatório, com 32.859 óbitos (equivalendo a 30,4% dos óbitos totais) (INE, 2014).

O impacto das doenças do sistema circulatório foi bastante expressivo, na medida em que, caso esta causa de morte fosse eliminada, a esperança de vida aumentaria de 81,3 para 86,7 anos nas mulheres e de 74,9 para 78,7 anos nos homens (Oliveira, 2010).

Nas mortes por doenças do aparelho circulatório as que registaram maior prevalência foram as doenças cerebrovasculares, com 12,5% do total das mortes e uma taxa bruta de mortalidade de 128,8 óbitos por 100 mil habitantes, seguidas pelas doenças isquémicas do coração, com 6,5% e uma taxa bruta de mortalidade de 66,4 óbitos por 100 mil habitantes. Em média, os homens morreram mais cedo aos 78,7 anos por doenças cerebrovasculares (83,1 anos para as mulheres) e aos 75,2 anos devido a doença isquémica do coração (82,1 anos para as mulheres) (INE, 2014). O EAM esteve na origem de 4,3% do total das mortes e incidiu principalmente nos homens (121,7 óbitos masculinos por cada 100 femininos). É também relevante que 22,1% dos óbitos masculinos se registaram em idades inferiores a 65 anos (INE, 2014).

Em Portugal no ano de 2012, a taxa de mortalidade das doenças do aparelho circulatório foi de 3,1 óbitos por mil habitantes. Destacam-se 13.538 (12,5%) de mortes ocorridas por doença cerebrovascular e 6977 (6,5%) por cardiopatia isquémica. Destas 1376 ocorreram na região centro e, por sua vez, 131 na região Dão-Lafões (INE, 2014).

---

<sup>3</sup> Estudos sugerem que podem haver efeitos benéficos do consumo moderado de vinho tinto (particularmente às refeições) e uma dieta mediterrânica (especialmente o azeite), e que estes dois fatores poderiam (pelo menos em parte) explicar as baixas taxas de mortalidade observadas no Sul da Europa e da França. Outro fator que pode explicar padrões regionais de taxas de mortalidade é a rapidez e disponibilidade do tratamento hospitalar (<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5786213/KS-HA-14-001-02-EN.PDF>. Eurostat, 2013).

A taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares é superior às cardiopatias isquémicas (incluindo o EAM). Esta proporção é inversa à verificada na maioria dos países europeus e mediterrânicos, carecendo de melhor esclarecimento epidemiológico (DGS, 2013; INE, 2014).

### **Morbilidade**

Para além da mortalidade, as DCV também são uma das principais causas de hospitalização e de incapacidade física (Macedo, Santos, Rocha & Perdigão, 2008). Este facto é consequência dos que sobrevivem a eventos cardiovasculares e que apresentam algum grau de invalidez e diminuição da qualidade de vida.

O impacto socioeconómico das DCV é muito importante, por incidir em pessoas em idade ativa. Devido ao seu carácter multidimensional e às suas consequências pessoais e sociais são consideradas pela DGS doenças sociais. O EAM é dos mais prevalentes, sendo progressivo, responsável pela morte prematura, provocando limitações físicas, emocionais e perda da qualidade de vida (DGS, 2006, 2013).

Diversos indicadores podem ser utilizados para avaliar o impacto da morbilidade de uma doença específica na saúde de uma comunidade, ou para proceder a análises comparativas entre diferentes comunidades, tais como, a prevalência, a incidência, os anos de vida potencial perdidos (AVPP<sup>4</sup>) ou ainda índices que agregam a informação de vários indicadores como o peso de cada doença (*burden of disease*).

As projeções da OMS para o período de 2004 a 2030 apontam que a cardiopatia isquémica e a doença cerebrovascular, sendo que anteriormente se encontravam em quarto e sexto lugar, respetivamente, passarão a ocupar o segundo e quarto lugar (WHO, 2008-a).

Quando os dados são analisados por níveis de rendimento, verifica-se que nos países de rendimento intermédio e elevado, a cardiopatia isquémica e a doença cerebrovascular aparecem, respetivamente, em segundo e terceiro lugar na lista das principais causas de doença. Mesmo nos países em vias de desenvolvimento, a cardiopatia isquémica surge entre as dez primeiras causas de AVPP (WHO, 2008-a).

A *European Society of Cardiology* refere que nas próximas décadas, a estimativa de AVPP no mundo deverá aumentar de 85 milhões em 1990, para cerca de 150 milhões, em 2020, mantendo-se, assim, a principal causa somática da perda de produtividade (Perk et al., 2012). Acrescenta ainda que nos países europeus desenvolvidos, 17% do total de AVPP foram devidos às DCV, depois das perturbações neuropsiquiátricas, que como causa singular contribuíram com o maior peso. Na Europa, anualmente, mais de 34

---

<sup>4</sup> Anos de Vida Potencial Perdidos – Indicador síntese que quantifica a mortalidade prematura, atribuindo um peso específico aos óbitos ocorridos entre os grupos etários mais jovens, os quais *a priori* são evitáveis (anos de vida perdidos dos 0-69 anos). Corresponde à soma dos produtos dos óbitos ocorridos em cada grupo etário e a diferença entre os 70 anos e a idade média de cada grupo etário.

milhões de AVPP (23% do total) são atribuídos às cardiopatias isquémicas, contribuindo a UE com 12 milhões (19% do total) (Perk et al., 2012).

Em Portugal, das 10 principais causas de incapacidade em percentagem do total de AVPP, as doenças do aparelho circulatório são a terceira causa com 11,5% (INE, 2009) e as DCV aparecem em segundo lugar, em ambos os sexos (WHO, 2008-b). Em 2012, o número de AVPP foi de 39.339 anos, a taxa de anos potenciais de vida perdidos, de 434,9 por 100 mil habitantes e o número médio de anos de vida perdidos, de 10,1 anos (10,3 para os homens e 9,9 para as mulheres). O valor mais elevado foi na região do Algarve (12,8) e o mais baixo na Serra da Estrela (4,0) (INE, 2014).

Quanto à variação média de AVPP entre os períodos de 1999-2001 e 2003-2005, observa-se que a cardiopatia isquémica foi a situação que sofreu pior evolução em termos de AVPP (morre-se mais e mais cedo), com maior predomínio no sexo masculino (INE, 2009). Em 2012, o número médio de AVPP foi de 10,0 anos (10,2 para os homens e 9,0 para as mulheres). O valor mais elevado deste indicador foi registado na região do Algarve (13,4) e o mais baixo na região da Serra da Estrela (2,5) (INE, 2014).

Em termos de morbilidade hospitalar, verificámos que os doentes com doenças do aparelho circulatório foram os que apresentaram o maior número de alta hospitalar (133.586) no total e em ambos os sexos. Quanto à duração do tempo de hospitalização, estas foram consideradas de duração intermédia, com uma média de 7,8 dias por doente (INE, 2009). Os dados do Serviço Nacional de Saúde (SNS) indicaram que as doenças do aparelho circulatório ocuparam o segundo lugar no *ranking* por procedimentos cirúrgicos (121.428 doentes com alta hospitalar, registando um total de 1.095.335 dias de internamento) (DGS, 2013).

Quanto aos gastos em cuidados de saúde devidos à cardiopatia isquémica, estes foram superiores em todos os países quando comparados com os da doença cerebrovascular, com exceção da Suécia e da Alemanha. Em Portugal a cardiopatia isquémica representou cerca de 1,7% do total de gastos em saúde, enquanto a doença cerebrovascular registou cerca de 1,2% (INE, 2009).

Em Portugal, o peso dos gastos com medicamentos representou, em 2008, 21,8% das despesas totais com a saúde, sendo dos mais elevados, comparativamente com os outros países da Organização para a Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE). Em média, o peso desses gastos é de aproximadamente 16,9% nos países da UE e 18,8% nos países da OCDE. Análises recentes indicaram os grupos farmacológicos que se destacam e que contribuíram com maior peso nas despesas do SNS. O aparelho cardiovascular e o sistema nervoso central representaram mais de 52% do total da despesa total do SNS (Carpinteiro et al., 2011).

Com base nos dados acima apresentados relativos à morbidade cardiovascular, torna-se evidente que as DCV são e continuarão a ser uma fonte de custos de grande dimensão. Nestes, terão de ser contabilizados não só os custos diretos, relacionados com a utilização dos serviços de saúde (consultas, internamentos, medicação, entre outros), mas também os indiretos, tendo em conta a perda de produtividade dos doentes e seus familiares e, ainda, os intangíveis, pelas repercussões na qualidade de vida. Assim sendo, as DCV são uma prioridade para os decisores das políticas de saúde a nível nacional, aquando da formulação das mesmas (Dragomir et al., 2010; Bosworth et al., 2011; Bitton et al., 2013).

### **1.1 – Programas de saúde em Portugal**

Diferentes estratégias de saúde pública, tais como, as intervenções comunitárias, têm sido implementadas em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento, como forma de combate das DCV. São uma tentativa de mudança do modelo de assistência prestada à população, fortalecendo os princípios da prevenção e da promoção, através de ações integradas e intersetoriais, com a participação efetiva dos elementos da comunidade. Assim sendo, estas passam pela prevenção e controle dos fatores de risco e implementação de medidas populacionais que promovam hábitos de vida saudáveis e identifiquem os indivíduos em risco (Malta, Cezario & Moura, 2006; Rainho, 2011; Perk et al., 2012).

Na década de 80, com o intuito de melhorar as abordagens neste domínio, a OMS promoveu uma estratégia de prevenção integrada de fatores de risco das doenças. Em 1987, Portugal aderiu ao programa de intervenção integrada sobre doenças crónicas, cuja coordenação foi atribuída ao Instituto de Cardiologia Preventiva, ao Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e à DGS (DGS, 2012). Este programa assentou numa abordagem integrada de fatores de risco das doenças - tabaco, álcool, alimentação, atividade física e *stress*. Utilizou abordagens pluridisciplinares e estratégias de cooperação intersetorial assentes em intervenções centradas na comunidade.

Mais recentemente, e tendo presente que os fatores determinantes da saúde decorrem de fatores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos) e de fatores ambientais, económicos, sociais e culturais, têm sido implementados a nível nacional e europeu redes e programas focalizados em ambientes específicos. Estes assumem particular destaque nas escolas, nos locais de trabalho e nas cidades e são orientados, predominantemente, para a capacitação das pessoas na adoção de estilos de vida

saudáveis e na criação de condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde (DGS, 2004, 2012).

Fundamental para uma abordagem diferenciada e orientação eficaz dos recursos disponíveis é o conhecimento da prevalência, distribuição e caracterização dos diferentes fatores de risco em cada país. Em Portugal existe informação dispersa e parcial sobre a prevalência dos diversos fatores de risco de DCV aterotrombótica. Este aspeto é particularmente importante numa perspetiva de abordagem global do risco, já que esta depende essencialmente do número e intensidade dos fatores de risco cujas estratégias de prevenção passem pela avaliação e atuação em todos eles (Abreu-Lima, 2007).

A importância destes componentes (vigilância, prevenção e cuidados de saúde) foi reforçada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas para a prevenção e controle de doenças crónicas, tendo resultado na Resolução 66/2 (United Nations, 2011), Nesta, a OMS comprometeu-se a adotar as seguintes medidas: (a) desenvolvimento de uma rede de monitorização global detalhada, ajustada às condições do país e (b) recomendações direcionadas à prevenção e controle das doenças crónicas.

Esta resolução recomenda a definição de alvos e indicadores nacionais, baseados na situação nacional. Neste sentido, em Portugal foi elaborado o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 tendo em conta as convenções assumidas e a avaliação do PNS 2004-2010 pela OMS. Esta salienta, como resultados mais significativos no âmbito da execução do PNS, o estabelecimento de um amplo consenso a nível nacional acerca das prioridades em saúde e a obtenção de ganhos importantes; o acompanhamento e a monitorização permanentes dos indicadores, bem como a sua melhoria, que aproximou Portugal das médias da EU-15, em particular na esperança média de vida e na mortalidade por cardiopatia isquémica. Algumas áreas foram identificadas no relatório como pontos a melhorar, designadamente, a equidade no acesso aos cuidados de saúde e a qualidade da assistência, sendo eixos estratégicos do PNS 2012-2016 (DGS, 2012-a).

As estratégias de intervenção devem assentar na prevenção primária e secundária das doenças cérebro e cardiovasculares, através da complementaridade entre ações destinadas à população em geral ou a grupos sociais específicos e as ações individuais. Estas compreendem as ações dirigidas às pessoas identificadas como portadoras de fatores de risco cérebro e cardiovasculares modificáveis e ainda as ações de natureza informativa, formativa e normalizadora, dirigidas aos profissionais de saúde, visando melhorar a sua prática (Rainho, 2011; Perk et al., 2012).

Tendo em conta o impacto negativo das DCV nos indivíduos e na sociedade, a DGS promoveu a continuidade do programa nacional para as doenças cérebro e

cardiovasculares, cuja revisão foi publicada por Circular Normativa (DGS, 2006), sendo considerado um dos oito programas considerados prioritários (DGS, 2012-b).

O programa nacional possibilita uma visão integrada e abrangente das diferentes vertentes de atuação do SNS, contemplando as três vertentes recomendadas pela OMS como seus componentes fundamentais: monitorização precisa da realidade, estratégias de prevenção realistas e defesa da acessibilidade aos cuidados, particularmente os de maior diferenciação (DGS, 2012-b). Assim, nas últimas duas décadas tem ocorrido uma progressiva diminuição das taxas de mortalidade destas doenças, fenómeno atribuído a uma conjugação dos seguintes fatores:

- A progressiva adoção de medidas e estratégias preventivas, como a Lei de Cessação Tabágica (Lei n.º 37/2007), a iniciativa legislativa de redução do conteúdo de sal no pão (Lei n.º 75/2009), as campanhas promovidas pelas sociedades científicas e outras organizações, visando a adoção de hábitos de vida saudáveis (DGS, 2009, 2013);
- Ainda na vertente preventiva, verificou-se uma melhoria no diagnóstico e correção dos fatores de risco modificáveis, como a HTA ou a dislipidémia (DGS, 2004; Ministério da Saúde, 2011; DGS, 2013);
- O programa nacional para as doenças cérebro e cardiovasculares tem dado particular atenção às Vias Verdes (Coronária e AVC) nas fases pré, intra e inter-hospitalares. Estas permitem uma progressiva expansão do número de doentes submetidos a terapêuticas com notória influência na história natural do AVC (terapêutica fibrinolítica) e do EAM (angioplastia primária) (Ministério da Saúde, 2011; DGS, 2013). Desde que foi criada, em 2007, a Via Verde Coronária contribuiu para a redução da mortalidade por enfarte. Em 2005, 12% das vítimas acabaram por falecer, contra 8% em 2011 (Ministério da Saúde, 2011). A principal vantagem está relacionada com a rapidez dos tratamentos, decisiva para um bom resultado terapêutico e correto encaminhamento para os hospitais com recursos adequados (Ministério da Saúde, 2011; DGS, 2013).
- Em 2010, foram admitidos através da Via Verde Coronária cerca de 18 mil doentes com queixas cardíacas e destes, 53% foram EAM. O recurso à angioplastia no prazo adequado tem vindo a aumentar, significativamente, desde a criação da Via Verde. Em 2005, 1401 vítimas de EAM receberam este tratamento atempadamente, passando para mais do dobro em 2011. Os dados apresentados sublinham a progressão nesta área, em que as melhores práticas se situam na região do Algarve, onde mais de 70% dos casos de EAM foram encaminhados através da Via Verde (DGS, 2013; Ferreira, 2013).



A implementação de Vias Verdes tem contribuído para melhorar a efetividade dos serviços de urgência, nomeadamente, em termos de tempo de espera, duração da estadia, e em indicadores de qualidade, como a diminuição da taxa de abandonos após a admissão, que reflete com grande sensibilidade a qualidade da prestação de cuidados assistenciais (Darrab et al., 2006; Devkaran, Parsons, Van Dyke, Drennan & Rajah. 2009). Assumem particular relevância, neste domínio, o reconhecimento pela população dos sinais de alarme das situações potencialmente ameaçadoras e da disponibilidade de meios específicos de auxílio;

- O problema dos doentes na admissão hospitalar é a necessidade de serem atendidos em tempo útil, ou seja, ser-lhes atribuída uma prioridade de atendimento elevada, assegurando que o eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações é registado e interpretado num período máximo de 10 minutos (Antman et al., 2004). Assim, o Sistema de Triagem de Manchester<sup>5</sup> é de grande importância, permitindo estabelecer prioridades de atendimento e a definição do tempo máximo que cada doente pode esperar por assistência diferenciada;
- A realização de coronariografia e procedimentos de revascularização por técnica percutânea (angioplastia coronária) ou cirúrgica são internacionalmente considerada como indicadores assistenciais da cardiopatia isquémica. A relação entre estes dois tipos de procedimentos pode evidenciar, para além da adequação local às recomendações clínicas, a acessibilidade a formas de tratamento diferenciado (Ministério da Saúde, 2011; INS, 2012);
- É manifesta a evolução diferenciada dos subgrupos terapêuticos considerados, com aumento da utilização da medicação anti-hipertensora, antidiabética e anticoagulantes/antitrombóticos, que traduz um incremento no número de doentes tratados (Ministério da Saúde, 2011; INS, 2012; DGS, 2013);
- A relação entre a utilização de *stents* metálicos e com revestimento farmacológico encontra-se em concordância com a prática da maioria dos países ocidentais, evidenciando elevado grau de conformidade com as recomendações científicas (Ministério da Saúde, 2011; INS, 2012; DGS, 2013);
- A utilização de desfibriladores automáticos externos, em ambiente extra-hospitalar por pessoal não médico, aumenta significativamente a probabilidade de sobrevivência em ritmos desfibrilháveis no contexto da paragem cardiorrespiratória (Nolan, 2010; DGS, 2013; Soares-Oliveira, 2014). O Decreto-Lei nº 188/2009 estabelece as regras a que se encontra sujeita a prática de atos

---

<sup>5</sup> Consiste em protocolos para o atendimento prioritário de doentes suspeitos de determinadas patologias que implicam atendimento imediato. Esta mudança na organização dos serviços visa diminuir a morbilidade e mortalidade devida a atrasos no diagnóstico e tratamento em doentes com diagnósticos sensíveis ao tempo (Trzeciak & Rivers, 2003).

de desfibrilhação automática externa não médicos, bem como a sua instalação e utilização no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica e de programas de acesso público à desfibrilhação (Soares-Oliveira, 2014).

Em suma, a concepção de Saúde Pública emergiu para responder a problemas associados com a longevidade, sobrepopulação, industrialização, desigualdades na saúde das sociedades mais ricas, degradação do meio ambiente e desequilíbrio ecológico. A evolução dos padrões de morbidade e mortalidade, do diagnóstico, dos tratamentos, da sociedade em geral e das suas concepções sobre o sistema de saúde impuseram um novo rumo à Saúde Pública.

Neste contexto, surgiu a Carta de Ottawa (WHO, 1986), que amplia a concepção da promoção da saúde, incorporando o contributo e o impacto das dimensões socioeconómicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Reconhece-se que a saúde, a sua proteção e promoção não dizem unicamente respeito ao setor da saúde, pois ela constitui uma atividade essencialmente intersectorial.

Nesta medida, a promoção de hábitos de vida saudáveis deve fazer parte das políticas de saúde e estar na agenda dos seus responsáveis, cujos programas, a implementar, terão diferentes abordagens. Estas consistem em medidas legislativas e técnico-normativas, processos de informação com recurso às novas tecnologias de informação e de capacitação para a adoção de comportamentos saudáveis. Também os meios de comunicação social devem ser envolvidos, como a formação de profissionais, em especial nos domínios da saúde, da educação e cooperação com outros setores, para que se criem ambientes físicos, organizacionais e sociais mais saudáveis e se incentive o envolvimento das organizações não-governamentais e dos próprios cidadãos na prevenção da doença e na promoção da saúde.

## Capítulo 2 – Adesão ao Tratamento

O fenômeno da não adesão ao tratamento é motivo de preocupação por parte da comunidade científica, sendo considerado como um problema mundial. Nos países desenvolvidos, a adesão ao tratamento de longo prazo é de cerca de 50%, sendo maior em países em desenvolvimento, dada a escassez de saúde, recursos e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (Delgado & Lima, 2001; Sabaté, 2003).

As pessoas portadoras de doença crônica, designadamente DCV, asma, diabetes e HTA têm maior dificuldade em aderir ao regime terapêutico. A OMS (2003) cita estudos em doentes com HTA realizados na China, Gâmbia e Seicheles, em que só 43%, 27% e 26%, respetivamente, aderiram à medicação anti-hipertensiva. Já em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, 51% aderiram ao tratamento prescrito, na Austrália 43% dos doentes com asma tomaram a medicação regularmente e na Europa apenas 28% dos diabéticos possuem habilidades para gerirem o regime terapêutico e controlarem os valores de glicémia (Sabaté, 2003).

A medicação é parte integrante da maioria das propostas terapêuticas e, desta forma, o seu uso seguro e apropriado constitui um aspeto importante para otimizar os resultados dos cuidados em saúde (Sabaté, 2003; Ho et al., 2009; Bosworth et al., 2011; Naderi et al., 2012). Assim, a adesão ao tratamento é considerada um determinante primário do sucesso do tratamento e da efetividade dos sistemas de saúde.

### 2.1 – Conceito e evolução histórica

O conceito de adesão ao tratamento parece ser tão antigo como a própria medicina, pois remonta à Grécia antiga. Hipócrates foi o primeiro a descrever a importância da adesão, afirmando que os doentes não seguiam as orientações sobre a dieta, estilo de vida e medicação<sup>6</sup>. Pela primeira vez na medicina moderna, Robert Koch (1882) relatou que os doentes com tuberculose eram viciosos, descuidados e irresponsáveis (Haynes, Taylor & Sackett, 1979; Cramer et al., 2008; Brown & Bussell, 2011; Vrijens et al., 2012).

O termo *compliance* aparece pela primeira vez na literatura médica, em 1950, num estudo relativo ao tratamento em regime ambulatorio com agentes tuberculostáticos, por fisiologistas que evidenciaram o problema deste fenómeno (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen & Denekens, 2001; Nemes, Helena, Caraciolo & Basso, 2009).

---

<sup>6</sup> "Keep a watch...on the faults of the patients, which often make them lie about the taking of things prescribed. For through not taking disagreeable drinks, purgative or other, they sometimes die". Hippocrates, *Decorum* (Brown & Bussell, 2011, p. 304).

Na McMaster University Medical Centre (1974) realizaram-se dois simpósios sobre a compatibilidade com regimes terapêuticos, resultando na publicação de um livro em 1976 “*Compliance with Therapeutic Regimens*”, definindo, originalmente, *compliance* como o grau em que o comportamento do doente (tomar a medicação e cumprir outras prescrições médicas como a dieta e a mudança de estilo de vida) coincide com a prescrição clínica dada pelos prestadores de cuidados de saúde (Sackett & Haynes, 1976).

O conceito de *compliance* é reforçado por David Sackett ao analisar os resultados no tratamento de doentes com HTA como imprevisíveis ou *decepcionantes*,<sup>7</sup> associando-os à baixa adesão (Vermeire et al., 2001).

Torna-se evidente no final da década de 70 que os determinantes de *compliance* eram complexos e mal compreendidos. Apesar do desenvolvimento de novas pesquisas, poucas melhorias ou ideias novas surgiram desde os anos 80 (Vermeire et al., 2001, Nemes et al., 2009). Uma das razões mais evidentes para a falta de progresso na pesquisa é a ausência de um fator crucial que é a perspetiva do doente.

Entre 1960 e 1980 foi dada considerável atenção à não adesão ao tratamento como um problema de saúde, em que as atitudes individuais e crenças podem operar independentemente dos níveis de informação, características objetivas da condição ou regime de tratamento (Vermeire et al., 2001; Cramer et al., 2008; Nemes, et al., 2009; Brown & Bussell, 2011; Vrijens et al., 2012). Durante este período, a investigação foi realizada sob a premissa de que os doentes devem assumir um papel passivo, obediente e sem questionar as instruções dos profissionais de saúde (Vermeire et al., 2001).

O termo *compliance* estaria mais centrado na ideologia biomédica, sendo o doente visto como um cumpridor de recomendações, sem autonomia para decidir se segue ou não um tratamento (Vermeire et al., 2001; Leite & Vasconcellos, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005; Nemes, et al., 2009).

Por sua vez, alguns investigadores como Haynes et al. (1979) e Vermeire et al. (2001) defenderam a utilização do termo *compliance* por considerarem que o mesmo era consistente com a literatura, não implicando, necessariamente, a não participação do doente nas recomendações emanadas pelos profissionais de saúde. Haynes et al. (1979) consideraram que a conotação do termo salvaguardava questões éticas e sociais em pesquisas e delineamentos experimentais, enquanto que um termo mais neutro poderia não o fazer.

Na literatura inglesa consultada, encontrámos frequentemente dois termos distintos, *compliance* e *adherence*, muitas vezes utilizados indiscriminadamente. O primeiro, como já referido, apresenta uma conotação negativa, enquanto o segundo sugere uma

---

<sup>7</sup> “...unpredictable or disappointing responses to treatment were probably due to low compliance”.

participação mais ativa da pessoa no processo de decisão, incorporando os conceitos de concordância, cooperação e parceria entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde (Vermeire et al., 2001; Nemes et al., 2009).

Etimologicamente a palavra adesão<sup>8</sup> vem do latim *adhaesione*, sendo definida como ato ou efeito de aderir, aderência, assentimento, aprovação, concordância, apoio, manifestação de solidariedade a uma ideia e a uma causa (Ferreira, 2010). Na literatura médica, o termo adesão é utilizado para se referir ao seguimento das recomendações terapêuticas.

De acordo com Vermeire et al. (2001), no artigo de revisão da literatura, todas as definições de adesão assumem que o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde é o mais apropriado para a pessoa. Por isso, o comportamento mais adequado é seguir essas recomendações, considerando que *adherence* é uma evolução do conceito de *compliance*.

Diversos estudos têm analisado estes conceitos. Alguns consideram a *compliance* como uma dimensão da adesão, outros defendem um conceito ou o outro, outros ainda usam os termos como sinónimos e, por último, há os que propõem novas noções para tentar superar as limitações atribuíveis, tanto à *compliance*, como à adesão (Nemes et al., 2009).

Vários autores criticam os conceitos de *compliance* e *adherence*, sugerindo a sua substituição por ideias que reflitam melhor a necessidade de valorizar a autonomia, motivação e capacitação do doente em relação ao tratamento (Cramer et al., 2008; Nemes et al., 2009). Face à necessidade de mudança, a *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain* sugeriu substituir ambos os termos pela noção de *concordance* (concordância), que tenta expressar a necessidade dos doentes e profissionais de saúde em cooperarem na definição de um programa de tratamento de comum acordo, traduzindo, desta forma, a aliança terapêutica entre o doente e o profissional de saúde (Cramer et al., 2008; Nemes et al., 2009; Vrijens et al., 2012).

A definição de *concordance* leva ainda mais longe a relação profissional de saúde/doente para uma decisão partilhada, tornando-a numa parceria (*partnership*) em que os dois são especialistas e encontram em conjunto a melhor forma de tratamento. Esta é da corresponsabilidade de ambos, mas o doente é um decisor e deverá fazer uma escolha esclarecida e responsável (Vermeire et al., 2001; Cramer et al., 2008; Nemes et al., 2009; Vrijens et al., 2012). Esse debate, no entanto, não parece ter afetado significativamente estudos empíricos. Na verdade, estes têm utilizado frequentemente

---

<sup>8</sup> O termo "adesão" possui variações, como "aderência", "concordância", "cooperação" (em inglês, *compliance*, *adherence*), "cumprimento" (em espanhol, *cumplimiento*), "falha com a terapia" (em holandês, *therapietrouw*) e "observância" (em francês, *observance*). Tal proliferação de termos reflete a sua ambiguidade e conseqüentemente o impacto no doente, médico, farmacêutico, enfermeiro e em outros cuidadores de saúde.

ambos os termos, independentemente da metodologia utilizada. Esta *indiferença teórica* não parece ter ocorrido por acaso. Os estudos que medem a adesão são essencialmente estudos epidemiológicos que visam contextos populacionais. Na investigação epidemiológica é dada pouca importância aos grupos aderentes se são *obedientes* ou *autónomos*. O foco principal é medir com precisão o número de doentes que aderem ou cumprem, calculando a taxa de adesão no grupo em estudo (Nemes et al., 2009).

A diferença entre *compliance* e *adherence* não é meramente uma questão de semântica, pelo contrário, a diferença é crucial, pois o termo *compliance* coloca os médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde em *desacordo* com os doentes e a *adherence* coloca-os em parceria. No Quadro 1 apresentam-se as diferenças entre esses dois conceitos (Gould & Mitty, 2010).

Quadro 1 - Diferenças entre os conceitos Compliance e Adherence

<b>Compliance</b>	<b>Adherence</b>
Centrada no profissional de saúde	Centrada no doente
Dominação do profissional de saúde	Colaboração profissional de saúde-doente
As informações são ditadas	As informações são trocadas
Objetivo: obediência do doente	Objetivo: autodeterminação, automestria do doente
As atividades são impostas	Atividades são negociadas
As regras são ditadas	Regras combinadas ao estilo de vida
Persuadir, coagir	Discutir, negociar, motivar
A resistência não é tolerada	A resistência fornece informações para a adaptação

Fonte: Adaptado de Gould e Mitty (2010).

A partir da perspectiva de adesão, a noção de parceria oferece uma visão mais ampla para promover resultados positivos de saúde. A adesão exige que se desenvolvam planos de cuidados globais e em parceria com o doente e a sua família.

Em 1997, a *American Heart Association* publicou uma declaração que define a adesão como um processo comportamental, fortemente influenciada pelo ambiente em que vive o doente, incluindo práticas e sistemas de saúde. Esta afirmação pressupõe que o doente possuía conhecimentos, motivação, habilidades e recursos necessários para seguir as recomendações do profissional de saúde (Vrijens et al., 2012).

Na realidade, o termo *adherence* começa a ser mais utilizado pela maioria dos autores em congressos e reuniões científicas, nas apresentações de *posters* e comunicações, o que não acontecia em publicações anteriores (Tourette-Turgis, Rebillon & Pereira-Paulo, 2005; Shay, 2008). A expressão *medication adherence* tornou-se assim o novo termo MeSH (*Medical Subject Headings*) na *Medline*, desde janeiro de 2009,

substituindo o antigo termo *patient compliance* (Schneider, Krummenacher, Figueiredo, Marquis & Bugnon, 2009).

Nas reuniões científicas e na literatura internacional verificou-se a globalização imediata do termo adesão. A não adesão é hoje reconhecida como um fator determinante para o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos e excesso de utilização dos serviços de saúde.

Diversos investigadores (Vermeire et al., 2001; National Council on Patient Information and Education (NCPIE), 2007) explicaram a evolução destes três conceitos enquadrando-os na orientação mais geral da medicina e da sua passagem do modelo biomédico para uma abordagem holística. Assim, *adherence* é descrita como o termo mais usado, definida como a persistência e manutenção da prática dos comportamentos desejáveis de tratamento e entendida como o resultado da participação ativa (de análise e escolha) do doente (Clyne et al., 2011; Vrijens et al., 2012). Essa mudança na terminologia reflete o conceito contemporâneo de cuidados de saúde centrados no doente, ao invés de este seguir unilateralmente as instruções dos médicos, dos enfermeiros e dos outros profissionais de saúde. As alterações dos termos *compliance* passando pela *concordance* até à *adherence* são conceptualmente importantes, pois espelham modificações cruciais na forma como se entendeu o papel do doente e a sua participação no tratamento (cf. Figura 1).

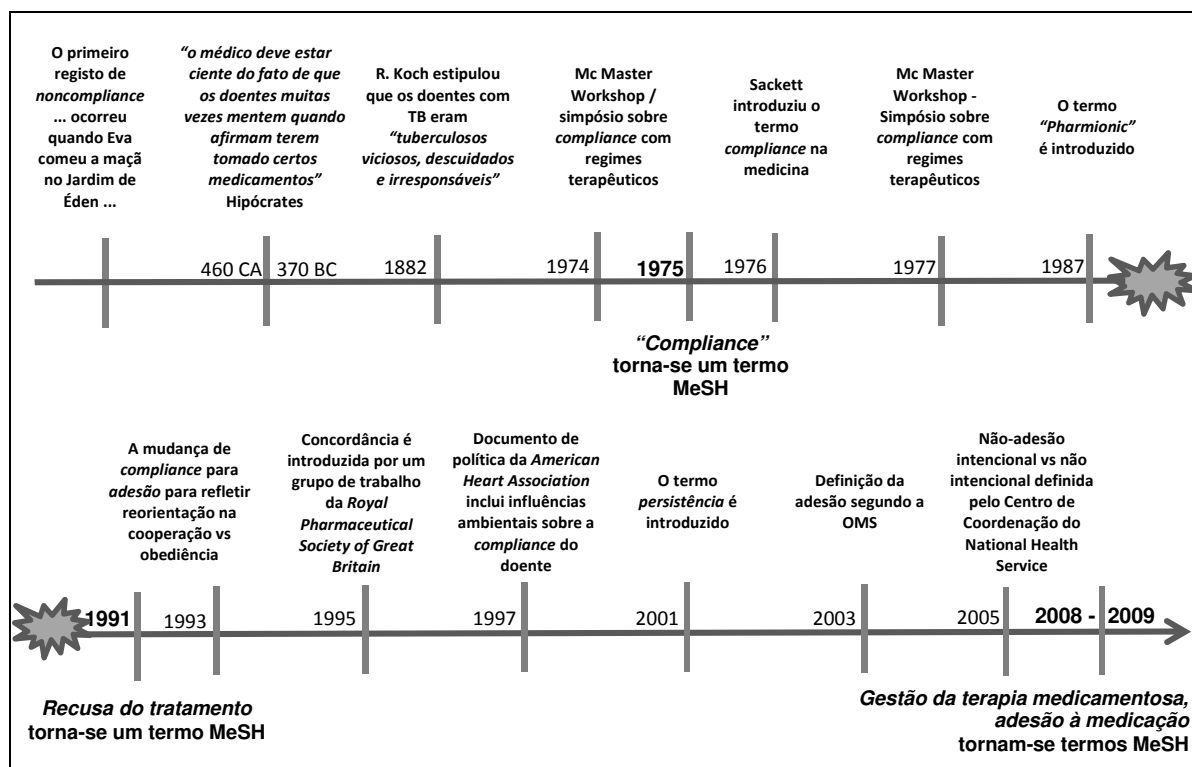


Figura 1 - Ilustração relativa à evolução do conceito de adesão

Fonte: Adaptado de Clyne et al. (2011); Vrijens et al. (2012)

Na perspectiva de Haynes et al. (1979), a adesão pode ser simplesmente definida como a medida em que o doente segue as instruções dadas para os tratamentos prescritos. Para a OMS, o conceito de adesão representa mais do que meramente seguir as instruções dos profissionais de saúde. Depende da adoção e manutenção de um comportamento terapêutico, que pode incluir autogestão de fatores biológicos, comportamentais e sociais, que influenciam a saúde e a doença e deve envolver todos os profissionais de saúde (Sabaté, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005).

O conceito de adesão foi sofrendo alterações ao longo do tempo. A noção de *compliance* é um conceito ultrapassado e deve ser abandonado como uma prática clínica no tratamento médico, dado que está conotado com dependência e culpa e não permite impulsionar o doente para a consecução dos melhores resultados clínicos (Shay, 2008; Gould & Mitty, 2010).

Apesar de quatro décadas de intensa pesquisa desenvolvida por investigadores sobre a adesão, não foi possível uniformizar a terminologia para descrever o desvio dos regimes terapêuticos prescritos. Através do seu desenvolvimento histórico, a pesquisa tem operado em áreas delimitadas por perspectivas biomédicas, ecológicas e comportamentais, resultando em conceitos categoricamente diferentes. Esta multiplicidade de conceitos traduz uma confusão conceitual que é agravada pela falta de congruência entre as definições conceptuais, operacionais e medições (Banning, 2009; Clyne et al., 2011; Vrijens et al., 2012).

Em resposta à proliferação de termos e sob o patrocínio da Comissão da União Europeia no âmbito do Sétimo Programa, o grupo de trabalho da *European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence (ESPACOMP)* completou três anos de análise e discussão com especialistas internacionais,<sup>9</sup> tendo efetuado cinco conferências internacionais, que resultaram numa nova base conceptual, em que propuseram uma taxonomia transparente, proporcionando aos investigadores e profissionais de saúde uma linguagem comum para descrever diferentes estudos experimentais (Ho et al., 2009; Clyne et al., 2011; Vrijens et al., 2012).

Este novo conceito integra três elementos, que fazem uma clara distinção entre os processos que descrevem ações, nomeadamente, adesão à medicação (*adherence to medication*), gestão da adesão (*management of adherence*) e as ciências relacionadas com a adesão (*adherence related sciences*).

A adesão à medicação é o processo pelo qual os doentes tomam a medicação prescrita e está dividida em três fases quantificáveis: iniciação, implementação e interrupção/descontinuação (*initiation, implementation e discontinuation*) (Clyne et al.,

---

<sup>9</sup> A reunião de conselho europeu, que contou com 80 participantes de diferentes grupos profissionais (enfermeiros, médicos, farmacêuticos, entre outros), de 13 países, Austrália, Bélgica, Dinamarca, França, Alemanha, Itália, Holanda, Noruega, Polónia, Portugal, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos, foi organizada pela *ESPACOMP*.



2011; Vrijens et al., 2012). Assim: (a) a *iniciação* ocorre com a toma da primeira dose da medicação prescrita; (b) a *implementação* ocorre quando a dosagem real corresponde ao regime de dosagem prescrito, desde a iniciação até à última dose e (c) a *descontinuação* ocorre quando deixa de tomar a medicação prescrita por qualquer motivo.

A *persistência* é o período de tempo entre a iniciação e a última dose, que precede imediatamente a descontinuidade (Cramer et al., 2008; Ho et al., 2009; McHorney, Victor, Alexander & Simmons, 2009; Bosworth et al., 2011).

Quanto à gestão da adesão é o segundo elemento da taxonomia e consiste no processo de monitorização e apoio ao doente na adesão à medicação, através dos sistemas de cuidados de saúde e redes sociais.

O *International Council of Nurses* considera a gestão do regime terapêutico um foco da prática de enfermagem, que consiste no comportamento de adesão com as características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir os objetivos específicos de saúde, integrar atividades para o tratamento ou prevenção da doença na vida diária (*International Council of Nurses*, 2004; Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2009).

O terceiro elemento é designado de ciências relacionadas com a adesão. Este elemento inclui as disciplinas que investigam a compreensão das causas ou consequências das diferenças entre as prescrições. A complexidade da matéria, bem como a sua riqueza, resultam do fato de que ele opera através das fronteiras entre várias disciplinas, incluindo, mas não limitado à enfermagem, medicina, farmácia, ciência comportamental, sociologia, bioestatística e economia da saúde.

Hoje em dia, o conceito de adesão é mais abrangente e menos reducionista. Implica um envolvimento ativo por parte da pessoa portadora de condição crónica, num caminho não imposto, mas mutuamente aceite, no que diz respeito ao planeamento, implementação e execução de um regime terapêutico. Vários são os fatores que interferem nesta matéria, fazendo com que a responsabilidade seja partilhada pela pessoa (que age), pelos profissionais de saúde (que possibilitam e facilitam a ação) e pelo contexto social (na qual a ação se desenrola).

## **2.2 – Modelos e teorias da adesão terapêutica**

Tendo em conta a multiplicidade de variáveis que interagem no processo de adesão ao tratamento, bem como a dificuldade em explicar as razões que levam ou não o indivíduo a adotar determinados comportamentos, são várias as teorias que têm sido

desenvolvidas na tentativa de dar resposta a estas questões (Heiby, Lukens & Frank, 2005; Munro, Lewin, Swart & Volmink, 2007; Ogden, 2007; Bosworth et al., 2011). Estas tentam identificar os fatores que determinam a disposição dos indivíduos em aderirem às recomendações dos profissionais de saúde, baseando-se no pressuposto de que, compreendendo as suas crenças, valores e atitudes, será possível planear uma intervenção mais eficaz, que permita modificar e controlar os comportamentos adotados (Heiby et al., 2005; Munro et al., 2007; Ogden, 2007).

De acordo com Leventhal e Cameron (1987), os estudos sobre a adesão têm seguido uma de cinco perspetivas teóricas principais: biomédica, comportamental, comunicacional, cognitiva e de autorregulação. Cada uma destas perspetivas inclui uma ou mais teorias ou modelos que se propõem, cada um *per si*, explicar a totalidade da intervenção vocacionada para a mudança de comportamentos relativos à saúde (Leventhal & Cameron, 1987; Horne & Weinman, 1999; Sabaté, 2003; Munro et al., 2007).

O modelo biomédico continua a ser dominante em alguns contextos de cuidados de saúde, sendo o doente visto como um recipiente e executor de indicações médicas que devem ser aceites e obedecidas (Pais-Ribeiro, 2007). Esta abordagem pressupõe que o doente tenha um papel passivo no tratamento da sua doença e na adesão (Bugalho & Carneiro, 2004; Munro et al., 2007). Assim, a não adesão é atribuída às características pessoais (traços de personalidade, condições sociodemográficas), sendo alvo de esforços que visam a sua melhoria.

De acordo com esta visão mecanicista da doença, soluções como a redução de comprimidos prescritos, inovações tecnológicas para promover a adesão, como dispositivos eletrónicos de monitorização da medicação, são os mais adotados. Fatores importantes, como a perceção da doença, fatores psicossociais e ambiente socioeconómico, são muitas vezes ignorados (Munro et al., 2007). Contudo, o modelo biomédico ajudou a perceber as relações entre adesão e a doença, impulsionou o desenvolvimento de novas formas de instituir o tratamento, de modo a facilitar a adesão e permitiu conhecer os seus níveis através da utilização de medidas diretas como os valores bioquímicos (Bugalho & Carneiro, 2004; Munro et al., 2007).

A perspetiva comunicacional surgiu nos anos 70 e encorajou os profissionais de saúde a melhorarem as suas habilidades comunicacionais e a desenvolverem igualdade na relação que estabelecem com os doentes (Ogden, 2007). Este modelo (Hipótese Cognitiva de Ley, 1988) defende que a adesão é previsível através de uma combinação da satisfação do doente em relação à consulta (fator mais enfatizado), com a compreensão da causa, extensão (órgãos envolvidos) e tratamento com a capacidade de recordar a informação veiculada pelos profissionais de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004;

Munro et al., 2007; Odgen, 2007). Assim, uma boa adesão envolve fatores como produção da mensagem, incluindo informação sobre os objetivos específicos e o modo de os alcançar, receção, compreensão e retenção da mensagem, aceitação ou crença na substância da mensagem e, por último, ação de adesão (Pais-Ribeiro, 2007).

A satisfação do doente foi referenciada, em diversos estudos, como sendo fundamental. Os níveis de satisfação estão relacionados com vários componentes da consulta, nomeadamente com os aspetos afetivos (apoio emocional e compreensão), aspetos comportamentais (prescrições e explicações adequadas) e aspetos ligados à competência do profissional de saúde (diagnóstico, tratamento e encaminhamento adequado) e o conteúdo das consultas (nas quais deveriam receber tanta informação quanto possível e veiculada da melhor forma) (Haynes et al., 1979; Leventhal & Cameron, 1987).

Críticas desta perspetiva argumentam que ignora os fatores motivacionais e interpessoais que possam interferir com a receção da mensagem e a tradução do conhecimento em mudança de comportamento (Munro et al., 2007).

As teorias cognitivas são amplamente utilizadas para estudar a adesão ao tratamento e baseiam-se no pressuposto de que as atitudes e crenças, bem como as expectativas dos resultados são os principais determinantes do comportamento de saúde (Gebhardt & Maes, 2001; Arbuthnott & Sharpe, 2009). De acordo com este modelo, o doente adere ao regime de tratamento se acreditar que o problema de saúde é significativo (Showalter, 2006; Munro et al., 2007; Arbuthnott & Sharpe, 2009).

A perspetiva cognitiva inclui várias teorias e modelos (Pais-Ribeiro, 2007): (a) o modelo de crenças em saúde (Rosenstock, 1974), (b) a teoria da aprendizagem social de Bandura (Bandura & Simon, 1977), (c) a teoria da ação racional de Fishbein, que depois deu origem à teoria do comportamento planeado (Ajzen & Fishbein 1980) e (d) a teoria da motivação protetora de Rogers (Rogers & Prentice-Dunn, 1997).

O Modelo de Crenças de Saúde foi a primeira teoria desenvolvida com o objetivo de explicar as variações do comportamento na saúde e na doença (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008). Enquanto processo cognitivo, o comportamento é função do valor subjetivo de um resultado e/ou da expectativa que uma ação em particular conduzirá a esse resultado (Pais-Ribeiro, 2007; Arbuthnott & Sharpe, 2009). Foi desenvolvido na década de 50 pelos psicólogos sociais Hochbaum, Rosenstock e Kegels em resposta ao insucesso de um programa público para o rastreio da tuberculose. Desde então, tem sido adaptado para explorar uma variedade de comportamentos de curto e longo prazo e largamente utilizado para identificar determinantes do comportamento de risco.

Este modelo parte da suposição de que os comportamentos saudáveis são racionalmente determinados pela perceção da vulnerabilidade das pessoas às ameaças

à sua saúde. Assim sendo, o comportamento de saúde pode ser influenciado pelas características sociodemográficas, conhecimentos, atitudes e postula que um indivíduo deve avaliar as crenças para poder alterar o comportamento (Howalter, 2006; Arbutnott & Sharpe, 2009). Cinco das variáveis do modelo demonstraram ser preditivas dos comportamentos de saúde: (a) a suscetibilidade percebida a uma ameaça à saúde, assim, quanto maior a suscetibilidade percebida, maior a motivação na adesão; (b) a gravidade atribuída à doença ou condição de saúde está associada à gravidade dos sintomas e impacto da doença a nível familiar; (c) os benefícios percebidos e as dificuldades do tratamento, em que a pessoa avalia se os benefícios obtidos com a adoção de um comportamento de saúde superam as dificuldades do tratamento; (d) a autoeficácia do comportamento, convicção acerca da capacidade pessoal para iniciar a ação recomendada e (e) a eficácia do resultado (Munro et al., 2007; Pais-Ribeiro, 2007; Arbutnott & Sharpe, 2009).

Embora a percepção da gravidade e a suscetibilidade a uma doença constituam ameaça percebida, os benefícios e as dificuldades do tratamento podem influenciar a eficácia percebida da adesão ao tratamento. Estas percepções variam com fatores demográficos, como o sexo ou a idade e fatores sociopsicológicos, como a classe social, a personalidade e os grupos de referência. Há ainda a considerar a necessidade de estímulos (fatores indutores de ação) para a mudança de comportamento (adesão). Esses estímulos podem ser internos, como o aparecimento ou agravamento de sintomas; ou externos, como os programas de saúde (Munro et al., 2007; Arbutnott & Sharpe, 2009). A evidência demonstra que os programas de saúde utilizam a informação (campanhas publicitárias ou ações de educação para a saúde) para modificar as crenças das pessoas e influenciar a promoção de comportamentos saudáveis.

As principais limitações do modelo devem-se à desvalorização da influência das relações sociais, ao impacto das emoções no comportamento relacionado com a saúde e à dificuldade e incapacidade de lidar com habilidades comportamentais (Glanz et al., 2008). Alguns autores referem que a utilização mais apropriada deste modelo pode não ser para prever a adesão, mas para desenvolver uma melhor compreensão sobre as razões da adesão. Contudo, uma meta-análise demonstrou que o modelo era capaz de prever somente 10% da variância do comportamento (Arbutnott & Sharpe, 2009).

A teoria da aprendizagem social, ou teoria cognitiva social (Bandura, 1977) propõe um determinismo recíproco entre o indivíduo, meio ambiente e comportamento (Glanz et al., 2008). De acordo com esta teoria, a mudança de comportamento acontece se as pessoas percebem que têm controlo sobre o resultado, se há poucas barreiras externas e se têm confiança na sua capacidade de executar o comportamento (Armitage & Conner, 2000). Neste sentido, o comportamento é o resultado do conhecimento dos riscos para a

saúde e dos benefícios, das crenças em relação à eficácia pessoal, dos resultados esperados e das barreiras percebidas (Bandura, 2004).

A teoria da aprendizagem social integra quatro fatores: o comportamento potencial, a expectativa, o valor do reforço e a situação psicológica. O potencial na adoção de determinado comportamento está associado à expectativa de que o comportamento, a adotar naquela situação, conduza a determinado reforço e no valor que esse reforço tem para a pessoa. Relativamente à adesão, o seu potencial será tanto maior, quanto maior for a expectativa em adotar comportamentos de adesão e que este resulte na obtenção de reforços ou ganhos, aos quais a pessoa atribua valor.

O comportamento é influenciado por dois conjuntos de expectativas: as de ação-resultado, que traduzem a crença pessoal de que uma ação conduz a determinado resultado, ou seja, *tomar medicação reduz o risco de aparecimento de complicações* e as de autoeficácia, que refletem até que ponto as pessoas acreditam serem capazes de adotar o comportamento desejado, isto é, *eu consigo tomar a medicação*. De acordo com este processo de tomada de decisão, o indivíduo só tomará a medicação se acreditar que ao fazê-lo reduz o risco de aparecimento de complicações.

O facto do resultado ser previsível, ou seja, se as compensações resultantes dos comportamentos prejudiciais à saúde forem imediatas, este exerce uma influência maior sobre a decisão em aderir ao tratamento. Todavia, este modelo falha na explicação quanto à manutenção dos comportamentos adquiridos a longo prazo, nomeadamente, em programas de modificação de estilo de vida. Este modelo é mais adequado quando se pretende o treino e a aprendizagem de capacidades para realizar atividades referentes ao tratamento, dando ênfase aos estímulos que desencadeiam o comportamento, às recompensas que o reforçam e à sua automatização após repetição suficiente (Munro et al., 2007; Pais-Ribeiro, 2007).

A teoria do comportamento planeado foi desenvolvida a partir da teoria de ação racional de Fishbein e Ajzen, cujos componentes incidiam no comportamento, intenção para realizar determinado comportamento, atitude para uma determinada ação, crenças normativas e motivação para atuar de acordo com as crenças. Esta teoria acrescenta à teoria de ação racional que as intenções são conceptualizadas como planos de ação, visando objetivos comportamentais e que resultam das seguintes crenças: atitude para com os comportamentos, normas subjetivas (perceção das normas sociais para realizar determinado comportamento) e perceção de controlo do comportamento (crença de que o indivíduo pode implementar determinado comportamento).

De acordo com a teoria do comportamento planeado, a intenção em aderir ao tratamento é influenciada por atitudes em relação ao comportamento, normas subjetivas e controle comportamental percebido (Ajzen & Fishbein, 1980). A intenção

comportamental é considerada o preditor mais forte para o comportamento. Enquanto as atitudes compreendem tanto as crenças positivas e negativas, como a avaliação dos resultados do comportamento, as normas subjetivas incluem as expectativas percebidas de outros significativos e a motivação para cumprir com as suas expectativas.

O controlo percebido é uma função da facilidade ou dificuldade em realizar um comportamento percebido. No entanto, essa teoria é baseada no pressuposto de que os sujeitos se comportam de forma racional e, portanto, não considera o impacto das crenças afetivas na adesão ao tratamento (Mullen, Hersey & Iverson, 1987).

A teoria da motivação protetora utiliza o medo do indivíduo para criar mudanças de comportamento (Rogers, 1975). Três componentes do medo incluem a magnitude do dano, a probabilidade de ocorrência do evento e a eficácia das respostas protetoras e são utilizadas neste modelo para explicar a adesão. A vantagem deste modelo é que usa explicitamente a análise custo-benefício entre o comportamento existente e o recomendado para prever a probabilidade de mudança (Gebhardt & Maes, 2001).

A perspectiva de autorregulação pretende explicar as variáveis do contexto e as respostas cognitivas individuais às ameaças à saúde. Esta teoria consiste no processo sistemático de tentativas individuais conscientes, de modular pensamentos, emoções e comportamentos, de modo a alcançar determinados objetivos num ambiente em mudança (Zeidner, Boekaerts & Pintrich, 2000). No âmbito da saúde, espera-se que as pessoas com uma boa autorregulação tenham maior probabilidade em adotar comportamentos saudáveis e menor probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco (Zeidner et al., 2000).

De acordo com o modelo de autorregulação de Leventhal, o doente é confrontado com uma alteração do seu estado de saúde através de duas vias: perceção de sintomas e receção de mensagens sociais. A esta confrontação, o doente responde de duas formas: representação cognitiva da doença e representação emocional, cujos estímulos permitem o desenvolvimento das cognições da doença e o sentido que lhe é atribuído, o que contribui para o desenvolvimento de estratégias adequadas de *coping*, constituído a primeira fase.

A fase seguinte, denominada *coping*, está relacionada quer com as cognições de doença, quer com a resposta emocional. Esta integra duas categorias: aproximação (respeitando as prescrições médicas, por exemplo) ou evitamento (por exemplo, através da negação).

A terceira e última fase consiste na ponderação que envolve a avaliação individual da estratégia de *coping* e que pode motivar a manutenção ou modificação dessa estratégia. As três componentes do modelo relacionam-se entre si, de forma dinâmica, para manter o equilíbrio (estratégias de *coping* bem sucedidas) e manter

comportamentos saudáveis (Telles-Correia, Barbosa, Mega, Barros & Monteiro, 2007).

Os modelos cognitivos e sociais oferecem uma abordagem estruturada à compreensão das crenças de saúde e à predição dos comportamentos de saúde. No entanto, não são tão bem sucedidos na predição de intenções comportamentais e, ainda, são menos capazes de prever o comportamento real (Odgen, 2007). Assim, estes modelos e teorias fornecem uma estrutura conceptual para organizar o pensamento, relativamente ao comportamento de adesão ao tratamento.

Não há soluções simples para o problema da adesão ou mudança de comportamento. Teorias de comportamento de saúde podem lançar luz sobre os processos subjacentes e mudança de comportamento (Eccles, Grimshaw, Walker, Johnston & Pitts, 2005; Oxma, Fretheim &, Flottorp, 2005; Munro et al., 2007). Os modelos teóricos têm como finalidade explicar as variações do comportamento relacionadas com a saúde. Contudo, estes não têm poder suficiente para prever e explicar a não adesão de forma adequada. Cada um tem as suas limitações e poucos são adequados para identificar os fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento (Gebhardt & Maes, 2001; Van Dulmen et al., 2007).

Dada a multiplicidade de doenças e de regimes terapêuticos com diferentes especificidades, nenhum modelo se adapta a todas as situações, pelo que, uma abordagem com recurso aos diferentes modelos parece ser a estratégia mais eficaz.

Apesar da comunidade científica concordar que a maior parte das intervenções de adesão não são muito bem-sucedidas, devido ao fraco poder explicativo das atuais teorias, ainda não emergiu qualquer teoria de tomada de decisão capaz de identificar e integrar todos esses processos adaptativos, podendo desta forma explicar os comportamentos que levam as pessoas a aderirem ou não a um determinado regime terapêutico (Bugalho & Carneiro, 2004; Van Dulmen et al., 2007).

### **2.3 – Avaliação da adesão terapêutica**

A não adesão ao tratamento pode manifestar-se de várias formas, sendo a mais frequente a omissão de doses (Bugalho & Carneiro, 2004; Osterberg & Blaschke, 2005; Van Dulmen et al., 2007; Albert, 2008; Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald & Yao, 2008; Cabral & Silva, 2010; Bosworth et al., 2011; Bowry et al., 2011). Pode ser classificada como não aquisição da medicação, uso de dosagens incorretas, intervalos inadequados entre as doses e a interrupção prematura do tratamento.

Tendo em conta a diversidade e complexidade dos comportamentos quanto à adesão ao tratamento, compreende-se a dificuldade em determinar de forma precisa o

nível da não adesão, na medida em que este depende do tipo de doença, do regime terapêutico e da metodologia utilizada para avaliar (Delgado & Lima, 2001; Van Dulmen et al., 2007; Ho et al., 2009; Nemes et al., 2009; Lavsa, Holzworth & Ansani, 2011; Bowry et al., 2011; Fitzgerald & Ho, 2012; Kronish & Ye, 2013).

Todavia, têm sido utilizados alguns métodos para avaliar o nível de adesão que podem ser classificados, segundo alguns autores, em métodos diretos e indiretos (cf. Quadro 2) (Osterberg & Blaschke, 2005; Oigman, 2006; Jentzsch & Camargos, 2008; Ho et al., 2009; Bowry et al., 2011; Fitzgerald & Ho, 2012; Kronish & Ye, 2013).

Quadro 2 - Métodos de avaliação da adesão ao tratamento

	Métodos	Vantagens	Desvantagens
<b>Diretos</b>	Terapia observada diretamente	Geralmente exato e mais preciso	Doentes podem esconder os comprimidos na boca e depois rejeitá-los
	Análise biológica	Objetivo, permite a determinação da concentração do medicamento	Variações farmacocinéticas inter e intraindividuais, análise quantitativa nem sempre disponível, requer amostras de fluidos biológicos, dispendioso
	Marcador biológico	Objetivo, permite análise semiquantitativa do estado fixo do medicamento	Nem sempre é fácil combinar o marcador biológico com o índice da medicação, requer amostragem de fluidos corporais (sangue e urina), dispendioso
<b>Indiretos</b>	Autorrelato	Fácil, simples, de baixo custo, é um método muito útil na prática clínica, pode revelar razões para a não adesão	Reprodução limitada, superestima a taxa real de adesão, sujeito ao viés de memória, questionários extensos podem ser pouco exequíveis na prática
	Opinião do médico	Fácil, barato, de alta especificidade	Baixa sensibilidade, superestima a adesão total
	Diário do doente	Contribui para verificar a maneira como o doente segue as orientações médicas e como utiliza a medicação	Facilmente alterado pelo doente, nem sempre é possível obter a cooperação do doente, com documentação completa e consistente
	Contagem de comprimidos	Objetivo, quantificável e fácil de operacionalizar, fornece a taxa média de adesão	É fácil o doente subverter os dados por manipulação ( <i>pill dumping</i> ), falta de colaboração em apresentar as embalagens e <i>blisters</i> usados
	Taxa de aquisição da medicação nas farmácias vs prescrições médicas	Objetivo, fácil obtenção de dados (armazenados informaticamente), fornece taxa média de adesão	Trabalhoso, requer programas informáticos e de centralização dos registos e das farmácias, a aquisição da medicação não equivale à toma da medicação, método mais eficaz em sistemas de saúde fechados
	Resposta clínica	Fácil, barato, geralmente fácil de aplicar	A resposta clínica não pode ser baseada apenas na adesão, outros fatores além da adesão ao tratamento podem afetar a resposta clínica
	Dispositivos eletrónicos de dispensa da medicação	Preciso, resultados facilmente quantificáveis, permite rastrear os padrões de toma da medicação, com informação completa sobre o intervalo interdose e duplicação na terapêutica.	Dispendioso, requer visitas continuadas à farmácia para que os dados sejam descarregados dos frascos para o computador, não confirma se os comprimidos são ingeridos.
	Registo diário feito pelo doente	Auxiliar de memória	Fácil de alterar pelo doente

Fonte: Adaptado de Osterberg e Blaschke (2005); Oigman W. (2006); Kronish e Ye (2013).



Os métodos diretos incluem a determinação do princípio ativo ou dos seus metabolitos nos fluidos biológicos (sangue e urina), o uso de marcadores biológicos específicos (brometo de potássio), que podem ser adicionados à medicação (incorporado nas cápsulas) e doseados no sangue (deteta a medicação ou metabolitos da medicação tomada) e a observação direta quando recebe a medicação (toma assistida). Os dois primeiros métodos apresentam maior sensibilidade e especificidade, uma vez que detetam a medicação nos fluidos biológicos do doente (Osterberg & Blaschke, 2005; Oigman, 2006; Gehi, Ali, Na & Whooley, 2007; Braam, van Uum, Lenders & Thien, 2008; Ho et al., 2009; Nemes et al., 2009; Fitzgerald & Ho, 2012; Kronish & Ye, 2013). Contudo, usar marcadores bioquímicos é pouco prático na maioria dos contextos clínicos e não está disponível na maioria da medicação. Por outro lado, podem apresentar resultados inconclusivos, dadas as variações do metabolismo, que podem afetar os níveis séricos (Osterberg & Blaschke, 2005; Oigman, 2006; Solán, Redó & García, 2007; Ho et al., 2009; Lavsa et al., 2011; Okoro & Ngong, 2012; Kronish & Ye, 2013). Também há limitações quanto à toma de observação direta. Apesar de ser precisa, é inexequível na prática clínica em regime de ambulatório e os doentes podem guardar os comprimidos na boca e rejeitá-los posteriormente. A interpretação dos métodos diretos permite avaliar se o doente tomou ou não a medicação, mas não permite inferir se esta ocorreu à hora certa ou de acordo com a prescrição.

Os métodos indiretos incluem questionários, contagem de comprimidos, taxa de aquisição da medicação, observação dos doseadores eletrónicos, avaliação de marcadores fisiológicos e avaliação clínica do doente, sendo os mais utilizados os autorrelatos, a contagem de comprimidos e a aquisição da medicação na farmácia (Osterberg & Blaschke, 2005; Oigman, 2006; Solán et al., 2007; Ho et al., 2009; Kronish & Ye, 2013). Todos estes métodos apresentam dificuldades quanto à forma mais fiável de medir a adesão (Osterberg & Blaschke, 2005; Oigman, 2006; Nemes et al., 2009; Lavsa et al., 2011; Okoro & Ngong, 2012; Fitzgerald & Ho, 2012; Lamba et al., 2012; Kronish & Ye, 2013).

A realização de entrevistas com os doentes é o método de avaliação da adesão mais utilizado na prática clínica, devido à sua simplicidade e baixo custo e permitem a avaliação do padrão das falhas na adesão e os motivos pelos quais aconteceram (Solán et al., 2007; Souza, Sabha, Bergsten-Mendes, Yugar-Toledo & Heitor, 2009; Smith et al., 2010). Contudo, podem superestimar as taxas de adesão cerca de 10 a 20%, em comparação com as medidas objetivas (Kronish & Ye, 2013).

A escala de Morisky é um dos questionários mais utilizados, nomeadamente em populações com DCV e HTA, para medir a adesão através de perguntas simples<sup>10</sup> (Osterberg e Blaschke, 2005; Ho et al., 2009).

Por seu lado, as entrevistas parecem ser pouco fiáveis. Já Hipócrates considerava que os doentes mentiam frequentemente quando lhes era perguntado se tomavam a medicação (Gehi et al., 2007; Smith et al., 2010; Fitzgerald & Ho, 2012). Todavia, como referem diversos investigadores, devido ao efeito da desejabilidade social, leva a que os doentes enviesem frequentemente as suas respostas para se mostrarem a eles próprios e, sobretudo aos outros, como mais aderentes do que realmente são (Gehi et al., 2007; Smith et al., 2010; Fitzgerald & Ho, 2012; Kronish & Ye, 2013). Também a fraca perceção dos doentes face à medicação, o esquecimento e o estigma social associado à doença crónica, podem induzi-los a subestimar os seus verdadeiros níveis de adesão (Hansen et al., 2009; Smith et al., 2010; Bowry et al., 2011; Lavsa et al., 2011; Lamba et al., 2012).

Na contagem de comprimidos são utilizados como indicadores: a adesão da toma (*taking compliance*), a adesão da dose (*dosing compliance*) e a adesão da posologia (*timing compliance*). Assim:

- *Taking compliance*: percentagem da dose prescrita, calculada da seguinte forma: número total de eventos de toma registados por número total de doses prescritas. É, no entanto, bastante rudimentar, uma vez que não fornece informação sobre o intervalo interdose ou sobre os dias em que houve sobre ou subdosagem. Como tal, é possível que algumas doses omitidas sejam cobertas por outras tomadas em excesso em dias diferentes.
- *Dosing compliance*: percentagens de dias em que as doses prescritas foram corretamente tomadas, calculadas da seguinte forma: número de dias com eventos de toma registados por número total de dias monitorizados. É útil na investigação, pois incide no uso real da medicação. Incorpora informação sobre a variabilidade diária da dose e não é influenciada pela “*dosing catch-up*”.
- *Timing compliance*: calcula-se com base no número de intervalos interdose por número de intervalos interdose prescritos. Esta medida traz informação adicional a nível farmacológico.

O método da contagem da medicação para determinar o nível de adesão oferece dificuldades e os resultados podem ser enviesados (Ramalinho, 1994; Osterberg & Blaschke, 2005; Solán et al., 2007; Ho et al., 2009; Nemes et al., 2009; Kronish & Ye, 2013). Acrescentam ainda que, se o doente se apercebe ou é avisado que está a ser examinado com o objetivo de medir a sua adesão ao tratamento, pode tomar a

---

<sup>10</sup> Alguma vez se esqueceu de tomar algum medicamento? Tem atenção às horas a que deve tomar os medicamentos? Quando se sente melhor deixa de tomar os medicamentos? Quando se sente pior, com a toma de medicamentos, deixa de os tomar?

medicação com maior assiduidade do que tomaria normalmente, de modo a procurar agradar aos profissionais de saúde. Além disso, não há garantia de que a medicação ausente aquando da contagem tenha sido tomada como prescrito (Smith, Hankins, Hodson & George, 2010; Oigman, 2006; Solán et al., 2007; Nemes et al., 2009; Bowry et al., 2011).

Embora simples de medir, a contagem de comprimidos não avalia com precisão o momento exato da toma da medicação e os dados podem ser manipulados pelos doentes antes e depois da consulta com os profissionais de saúde, também designado por “*pill dumping*” (Osterberg & Blaschke, 2005; Ho et al., 2009; Nemes et al., 2009; Kronish & Ye, 2013).

Relativamente à aquisição da medicação, Ho et al. (2009) relatam que são métodos baseados em dados da farmácia que se referem ao número de doses dispensadas num determinado período. Todavia, a utilização da taxa de aquisição da medicação requer que os doentes adquiram a medicação dentro de um sistema de farmácia fechada. Além disso, o índice de posse da medicação e a proporção de dias cobertos correlaciona bem com a quantidade de doses tomadas, mas não com o tempo das doses e a avaliação da adesão é mais difícil quando a duração do *follow-up* varia entre os doentes (Osterberg & Blaschke, 2005; Jentzsch & Camargos, 2008; Ho et al., 2009). A desvantagem desse método é a confiabilidade e a validade da estimativa que depende da exatidão dos dados nos registos (Osterberg & Blaschke, 2005).

A contagem de embalagens da medicação adquirida e o recurso à base de dados farmacêuticos informatizados garantem a avaliação da medicação adquirida, se esta tiver ocorrido numa só farmácia, mas não nos garantem a sua utilização subsequente como toma efetiva (Osterberg & Blaschke, 2005; Jentzsch & Camargos, 2008; Ho et al., 2009).

Ultimamente tem sido utilizado um dispositivo denominado *MEMS*<sup>11</sup> (*Medication Events Monitoring System*) em ensaios e estudos randomizados para avaliar a adesão ao tratamento (Martins, Ferreira, Costa & Cabrita, 2006; Jentzsch & Camargos, 2008; Ho et al., 2009; Bowry et al., 2011; Kronish & Ye, 2013).

O recurso a dispositivos eletrónicos permite avaliar taxas de adesão mais reais, já que regista a data e a hora das tomas, mas nada garante que o doente tenha efetivamente tomado a medicação (Martins et al., 2006; Solán et al., 2007; Jentzsch & Camargos, 2008; Ho et al., 2009; Bowry et al., 2011; Kronish & Ye, 2013).

Não parece, também, que os médicos sejam capazes de identificar com fidelidade quem são os doentes aderentes e os não aderentes através de alguma característica que

---

<sup>11</sup> O dispositivo eletrónico de monitorização da medicação não é utilizado na maioria das instituições porque tem um custo elevado; podem ocorrer avarias no funcionamento da tampa dos frascos e é necessário que os doentes quando vão a um *follow-up* se lembrem de fazer o *download* dos dados eletrónicos registados. Acresce que se o doente retirar mais do que uma dose, fora da hora prescrita (por exemplo para não transportar o frasco de medicação para as suas atividades sociais), é possível que a estimativa do MEMS sugira uma baixa adesão, quando não foi o caso.

estes possuam, ou intuição a que alguns autores designam *olho clínico* (Jentzsch & Camargos, 2008). As estimativas feitas pelos médicos são consideradas como uma medida imprecisa da adesão ao tratamento, porque tendem a superestimá-la (Jentzsch & Camargos, 2008; Kronish & Ye, 2013).

Tentar avaliar a adesão através dos resultados clínicos é uma *ingenuidade* médica, na medida em que pressupõe uma relação direta e estreita entre a adesão e os resultados desejados. No entender de Nemes et al. (2009), o resultado clínico não deve ser considerado um critério válido para avaliar a adesão, uma vez que o doente pode curar-se ou estar controlado por outras razões que não a adesão aos tratamentos ou, noutros casos, como considera O'Brien et al. (2008), o doente pode aderir e no entanto não manifestar o efeito desejado.

Contudo, Nemes et al. (2009) referem que o resultado clínico pode ser usado como medida de adesão quando o tratamento está associado ao resultado clínico de sucesso preciso, como no caso dos diabéticos e hipertensos. Estes autores consideram que pode facilmente ocorrer o chamado *white coat adherence*<sup>12</sup> e *toothbrush*,<sup>13</sup> em que o doente adere ao tratamento apenas imediatamente antes da visita ao médico.

Vários estudos constataram que a prevalência da adesão quando avaliada pela contagem de comprimidos, apresentava melhores resultados comparativamente ao autorrelato, enquanto que a recarga de prescrição e contagem de comprimidos costumam superestimar as taxas reais de adesão (MacLaughlin et al., 2005).

Em relação às formas de avaliação da adesão é importante destacar que não existe um método universalmente eleito *gold standard* para medir os comportamentos. Existem várias estratégias para avaliar e apesar de serem atribuídas ao autorrelato limitações evidentes, Chesney et al. (2000) consideram que estas (referindo-se especificamente às medidas desenvolvidas por Morisky, Green & Levine, 1986 e Brooks et al., 1994) têm uma validade concorrente e preditiva satisfatória quando utilizadas em estudos devidamente controlados<sup>14</sup>. Contudo, a escolha de um método para medir a adesão ao tratamento deve ser baseada na utilidade e confiabilidade do método, ou seja, esta deve ser avaliada com base na sua validade (sensibilidade e especificidade) e o padrão de referência utilizado (Smith et al., 2010; Lavsa et al., 2011; Lamba et al., 2012; Kronish & Ye, 2013).

---

<sup>12</sup> Efeito de bata branca. Cramer, JA; Scheyer, RD; Mattson, RH. (1990). Compliance declines between clinic visits. *Arch Intern Med.* 1990; 150 (7):1509-1510.

<sup>13</sup> Efeito da escova de dentes. Riekert, Kristin A; Rand, Cynthia S. (2002). Electronic Monitoring of Medication Adherence: When Is High-Tech Best? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, Vol. 9, No. 1, March 2002

<sup>14</sup> Todavia, algumas dificuldades poderiam ser melhor contornadas, ou mesmo superadas, como sugere Morisky et al. (1986, p. 73) "*further work is needed to test and validate this measure in other settings and with other health problems...*".

## 2.4 – Estratégias de intervenção na adesão

O desenvolvimento de intervenções para melhorar a adesão e manter a persistência de longo prazo requer a compreensão das barreiras relacionadas com a não adesão. A literatura é unânime a fornecer evidências claras de que a adesão ao tratamento é afetada por múltiplos fatores. Isto é especialmente importante quando estes são considerados como fatores de risco, que uma vez identificados, alguns podem ser modificados e nenhum deles, isoladamente, poderá ser considerado preditor (Sabaté, 2003; Haynes et al., 2008; Bosworth et al., 2011).

Algumas recomendações gerais englobam intervenções político-sociais e económicas a nível comunitário, com diminuição da pobreza e analfabetismo, acessibilidade a cuidados de saúde e à medicação. (Haynes et al., 2008; Lamba et al., 2012).

A literatura apresenta várias intervenções destinadas a melhorar a adesão ao tratamento, que podem ser implementadas a nível do doente, prestador de cuidados de saúde, organização e sistema de saúde (Van Dulmen et al., 2007; Ho et al., 2009; Berben et al., 2011; Fitzgerald & Ho, 2012).

Entre as várias intervenções, destinadas a melhorar a adesão ou a promover a capacidade dos profissionais de saúde em aumentá-la, temos as educacionais, as comportamentais e as intervenções psicológicas/afetivas (Bugalho & Carneiro, 2004; Van Dulmen et al., 2007; Haynes et al., 2008; O'Brien et al., 2008; Ho et al., 2009; Berben et al., 2011; Fitzgerald & Ho, 2012; Viswanathan et al., 2012).

Outros autores propõem uma taxonomia que classifica as intervenções em oito categorias (Demonceau et al., 2013):

1. Intervenções com base na simplificação do tratamento (*Interventions based on a treatment simplification*), que consistem na adequação e simplificação do tratamento com redução do número de doses, número total de medicamentos e da forma de apresentação (Schroeder, Fahey & Ebrahim, 2004; Atreja, Bellam & Levy, 2005; Albert, 2008; ACPM, 2011);
2. Intervenções cognitivo-educativas (*Cognitive-educational interventions*), que apresentam informações de forma individual ou em grupo. Com estas intervenções pretende-se educar e motivar os doentes com base no conceito de que se eles compreenderem a sua condição e o tratamento serão mais competentes e por sua vez mais propensos a aderir (McDonald, Garg & Haynes 2002; Kripalani, Yao & Haynes, 2007; Berben et al., 2011);
3. Intervenções comportamentais e aconselhamento (*Behavioral-counseling interventions*), que permitem aferir o grau de adesão ao tratamento, identificar a

presença de barreiras, reforçar a necessidade de manutenção do tratamento e fornecer instrumentos para o cumprimento do esquema terapêutico. Consistem no reforço do comportamento em capacitar os doentes a participar nos seus próprios cuidados, ao mudar positivamente os seus níveis de habilidade ou práticas (por exemplo através de memorandos) e resolução de problemas (McDonald et al., 2002; Kripalani et al., 2007; Berben et al., 2011);

4. Intervenções sócio-psico-afetivas (*Social-psycho-affective interventions*) que estão focadas nos sentimentos, emoções, relações sociais e apoio social (aconselhamento familiar, reuniões de grupo com colegas ou outros grupos, gestão de *stress*) (McDonald et al., 2002; Berben et al., 2011). As intervenções são baseadas na suposição de que as cognições podem ser monitorizadas e alteradas e por sua vez podem facilitar a mudança do comportamento (Osborn, Demoncada & Feuerstein, 2006);
5. Intervenções monitorizadas eletronicamente (*Interventions based on electronically monitored adherence feedback*), são projetadas para fornecer *feedback* sobre a adesão relativa às tomas e horário;
6. Intervenções com base em sistemas de lembrete (*Interventions based on technical reminder systems*), que são planeadas para fornecer dispositivos técnicos para lembrar aos doentes a hora da toma da medicação através de mensagem de texto e *bip*'s. Em alguns casos as intervenções de mensagens de telemóvel fornecem apoio à autogestão, beneficiando a adesão (Jongh, et al., 2012);
7. Intervenções que usam o equipamento técnico para monitorizar a doença (*Interventions using technical equipment for monitoring the disease being managed*), são as que utilizam tecnologias, as quais fornecem resultados clínicos (medidor da glicémia, esfigmomanómetro para medir a pressão arterial, resultados analíticos);
8. Recompensas (*rewards*), que fornecem compensação ou retribuição por aderir à medicação (reforço de brindes).

As intervenções orientadas para a adesão ao tratamento têm tido um efeito modesto (Bugalho & Carneiro, 2004; Ho et al., 2009; Fitzgerald & Ho, 2012; Viswanathan et al., 2012).

Intervenções unimodais, como a redução do número de doses da medicação, embalagens em recipientes especiais (*blisters*), educação dos doentes e instrução de alguns cuidados específicos demonstraram algum sucesso (Ho et al., 2009; Bosworth et al., 2011; Fitzgerald & Ho, 2012; Viswanathan et al., 2012). Uma revisão sistemática que incidiu na simplificação do regime de dosagem em doentes com dislipidémia e HTA,

demonstrou que esta simples mudança na medicação resultou numa melhor adesão (Fitzgerald & Ho, 2012).

Contudo, as intervenções unimodais têm tido menor sucesso do que as intervenções multimodais, porque as razões da não adesão são frequentemente multifatoriais (Bugalho & Carneiro, 2004; Ho et al., 2009; Bosworth et al., 2011; Fitzgerald & Ho, 2012; Viswanathan et al., 2012).

Num estudo randomizado efetuado por Smith et al., (2008) que envolveu 836 doentes com EAM, onde foram fornecidas informações sobre o objetivo e os efeitos adversos dos  $\beta$ -bloqueadores, resultou num aumento de 17% na probabilidade da adesão à medicação do que nos doentes que usufruíram de cuidados habituais (Smith et al., 2008). Apesar do aumento da taxa de adesão, não foi possível evidenciar o impacto nos resultados clínicos (Fitzgerald & Ho, 2012; Viswanathan et al., 2012).

Intervenções multimodais têm mostrado maior sucesso na prevalência da adesão do que os resultados clínicos (Bosworth et al., 2011; Viswanathan et al., 2012).

O estudo *FAME* (*Federal Study of Adherence to Medications in the Elderly*), primeiro ensaio randomizado prospetivo que abordou a adesão ao tratamento em doentes com SCA, baseado num programa combinando de educação, acompanhamento regular e embalagens de *blisters* personalizadas, demonstrou um aumento na adesão de 61% a 96%, com redução clínica da pressão sanguínea sistólica e do colesterol (Fitzgerald & Ho, 2012; Viswanathan et al., 2012).

Outros estudos têm verificado que intervenções combinadas (lembretes aos doentes, contagem de comprimidos, recompensas pela adesão e grupos de apoio) melhoraram a adesão ao tratamento (Ho et al., 2009; Bosworth et al., 2011; Fitzgerald & Ho, 2012; Viswanathan et al., 2012). Num estudo randomizado, com 272 doentes com diabetes, foi implementado um programa de gestão da doença automatizada e consulta de enfermagem efetuada por telefone. Este programa permitia o envio de mensagens (recomendações fornecidas pelos profissionais de saúde) e a recolha de informações dos doentes sobre automonitorização da glicémia, sintomas e atividades de autocuidado. Esta intervenção melhorou a qualidade do cuidado com relato de menor taxa de sintomas, melhoria dos níveis de hemoglobina glicosilada e maior satisfação com os cuidados de saúde do que os doentes do grupo de controlo (Ho et al., 2009; Fitzgerald & Ho, 2012).

Outro estudo randomizado executado por uma equipa interdisciplinar com intervenções multimodais em doentes com insuficiência cardíaca, que apresentavam baixa literacia em saúde e recursos financeiros limitados, traduziu-se numa melhoria de 10,9% na adesão à medicação cardiovascular, menor recurso aos serviços de emergência e internamentos hospitalares, bem como a redução de custos em saúde, em

contraste, com o grupo de doentes que teve cuidados habituais (Ho et al., 2009; Fitzgerald & Ho, 2012).

Embora as intervenções multimodais sejam mais propensas ao maior sucesso do que as intervenções unimodais, alguns dos resultados são inconsistentes devido à complexidade das intervenções, condicionando assim a sua aplicabilidade.

Diversos autores consideram que a análise da não adesão ao tratamento se deve estender aos profissionais de saúde (Haynes et al., 2008; Clyne et al., 2011). Uma meta-análise relativa à implementação de um programa de educação (conferências e memorandos), que envolveu 15 mil profissionais de saúde, permitiu reduzir a utilização inapropriada de prescrições e influenciou mudanças na prática clínica através da alteração das prescrições e desenvolvimento de estratégias de atuação (O'Brien et al., 2008).

Na ausência de evidência científica consistente em relação à eficácia do cumprimento dos tratamentos, a evidência de consenso é um recurso útil e adequado para a formulação de políticas (Clyne, White & McLachlan, 2012). Num estudo coordenado pelo *Ascertaining Barriers to Compliance Project (ABC Project)*,<sup>15</sup> através da metodologia *delphi*, foi possível encontrar consensos entre os diferentes especialistas quanto às causas, consequências e soluções para a não adesão na Europa. Destes consensos, resultaram 25 recomendações relativas à não adesão ao tratamento, sendo classificado quanto à sua importância, exequibilidade operacional e política (cf. Quadro 3).

A maior parte das soluções destacaram as intervenções nos doentes, formação dos profissionais de saúde e ações de apoio à parceria entre doentes e profissionais de saúde. Poucas soluções incidiram na necessidade de intervenções a nível de políticas e do sistema de saúde.

Independentemente da modalidade de intervenção e suas combinações utilizadas para melhorar a adesão, a identificação da não adesão ao tratamento é uma condição fundamental. Uma vez identificada a não adesão, a intervenção só terá sucesso caso sejam reconhecidas as barreiras e a implementação das intervenções seja efetuada com base nas preferências e necessidades dos doentes.

De facto, a maioria das intervenções que foram identificados é multifatorial. Destas, mais de metade foram destinadas a múltiplos alvos e a maioria tinha vários componentes. Viswanathan et al. (2012) consideram que não existe uma bala de prata ("*silver bullet*"), na intervenção, para melhorar as taxas de adesão ao tratamento.

---

<sup>15</sup> Constituído por 50 participantes de 14 países, representando cinco grupos: académicos, comissários de saúde ou decisores políticos, representantes da indústria farmacêutica, doentes, cuidadores informais ou associação de doentes, profissionais de saúde e representantes da Agência Europeia de Medicamentos.



### Quadro 3 - Consenso do *Ascertaining Barriers to Compliance Project* para a adesão

<b>Apoio, educação e informação do doente</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Abordagem centrada no doente</li><li>- Introdução de novos medicamentos</li><li>- Benefícios da adesão à medicação</li><li>- Potenciais efeitos colaterais ou efeitos adversos e como gerir</li><li>- Ponderação dos benefícios e prejuízos da medicação</li><li>- Adaptação às preferências ou necessidades de cada doente</li></ul>
<b>Educação e formação dos profissionais de saúde</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Privilegiar o cuidado centrado no doente</li><li>- Identificar e avaliar a não adesão</li><li>- Abordar de diferentes formas a não adesão</li><li>- Adotar uma abordagem sem julgamentos</li><li>- Providenciar informação e suporte na toma da medicação</li><li>- Apoiar os doentes com preocupações sobre efeitos colaterais da medicação</li><li>- Disponibilizar mais tempo para o doente</li></ul>
<b>Profissionais de saúde e doentes</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Discutir as preferências com os doentes quanto ao tratamento</li><li>- Garantir uma abordagem de parceria na tomada de decisão e tratamento</li><li>- Discutir com os doentes as crenças relacionadas com a medicação</li><li>- Construir uma relação de confiança entre o doente e o profissional de saúde</li></ul>
<b>Quanto à medicação</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Simplificar o regime de medicação dos doentes (redução da medicação, formulação e / ou dosagem modificada, adaptada às necessidades individuais)</li><li>- Suspender a medicação quando esta não for necessária</li></ul>
<b>Os profissionais de saúde devem</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Promover uma abordagem de equipa na partilha de informações para fornecer apoio consistente</li><li>- Priorizar o apoio na adesão em serviço e envolver a organização dos serviços de saúde</li></ul>
<b>Os governos devem</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Aumentar a consciência pública sobre o problema da não adesão</li><li>- Desenvolver e implementar intervenções baseadas em evidências para a adesão</li><li>- Fornecer treino e orientação aos profissionais de saúde para realizar intervenções eficazes de adesão</li><li>- Investir em pesquisa para identificar intervenções eficazes</li></ul>

Fonte: Adaptado de Clyne et al., (2012).

As intervenções multimodais têm sido eficazes no entanto, a sua implementação na prática clínica é difícil, dado que consomem muitos recursos. São necessárias estratégias inovadoras que possam ser utilizadas na prática (Fitzgerald & Ho, 2012; Viswanathan et al., 2012). Assim, as seguintes componentes são essenciais e devem ser consideradas na implementação de novas estratégias para melhorar a adesão ao tratamento: (a) educação do doente com vista a uma maior autonomia, envolvendo-o no seu projeto de saúde; (b) simplificação dos esquemas de dosagem, com a utilização preferencial da dose diária; (c) disponibilização de consultas de *follow-up* após a alta hospitalar e (d) construir um relacionamento firme com uma comunicação aberta entre o doente e o profissional de saúde.

## 2.5 – Prevalência e determinantes da adesão

Como já referido, a não adesão à terapêutica é um fator com crescente importância, manifestada por um grande número de doentes e que coloca em causa o sucesso do plano terapêutico.

Vários estudos sobre adesão aos regimes terapêuticos estimam que a prevalência da adesão, em doentes com doenças crónicas, varia de 30 a 50%, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico (Vermeire et al., 2001, Bosworth et al., 2011; Naderi et al., 2012). A dimensão do problema da falta de adesão terapêutica nos tratamentos de longa duração, em geral, estima-se em 50% (Sabaté, 2003) pelo que este número vai reduzindo à medida que aumenta a complexidade do tratamento.

Tendo em conta a diversidade e a complexidade dos comportamentos não é fácil determinar, de forma precisa, a prevalência da não adesão aos tratamentos, na medida em que esta depende do tipo de doença, do regime terapêutico e da metodologia utilizada para avaliar. As características dos sistemas de saúde, nível de desenvolvimento de cada país, as diferenças culturais e a origem da população estudada constituem outros elementos que podem determinar a variação entre as taxas de não adesão observadas.

Segundo DiMatteo (2004), as estimativas mais elevadas de adesão situaram-se entre 70% e 80% para os tratamentos de curta duração, enquanto que as mudanças no estilo de vida registaram taxas mais baixas entre 20% a 30%. Como sugere Leventhal e Cameron (1987), a grande amplitude das estimativas de adesão através das diferentes doenças e tratamentos e até dentro do mesmo regime terapêutico, significa que este é um problema multifactorial extremamente complexo.

Independentemente das diferenças acerca da forma e do momento da avaliação, a baixa adesão à medicação cardiovascular apresenta uma elevada prevalência, como podemos verificar no Quadro 4.

Quadro 4 - Prevalência da adesão ao tratamento

Autor (ano)	Tipo de estudo	População alvo	Prevalência (%)	Avaliação
Choudhry et al. (2014)	Estudo randomizado controlado (MI FREEE)	Doentes com SCA	Adesão: IECA - 35,9% β-bloqueadores - 45% Estatinas - 49% Para os três medicamentos - 38,9%	Proporção de dias cobertos (≥ 80%)
Remondi, Cabrera, e Souza (2014)	Integrado no estudo VIGICARDIO	Doentes que utilizavam medicação de forma contínua	Não adesão: 63,5% (IC <sub>95%</sub> [59,6; 67,2])	Morisky (4 itens)
Sanfélix-Gimeno et al., 2013	Retrospectivo, transversal	Doentes com SCA	Adesão: antiagregantes plaquetários - 69,9% β-bloqueadores - 43,3% IECAS - 45,4% Estatinas - 58,8% 3 ou + grupos farmacológicos - 7,6% Não tomaram medicação - 18%	Proporção de dias cobertos (≥ 75%)

(continuação)

Autor (ano)	Tipo de estudo	População alvo	Prevalência (%)	Avaliação
Farkouh et al. (2012)	Randomizado, multicêntrico Future Revascularization Evaluation in Patients with Diabetes Mellitus: Optimal Management of Multivessel Disease (FREEDOM)	Doentes com doença multiarterial e diabetes <i>mellitus</i>	Adesão: apenas 20%	Questionário
Lamba et al. (2012)	Transversal	Doentes com transplante do fígado	Adesão (medicação imunossupressora): 56%, (OR = 4,7; IC <sub>95%</sub> [1,5; 14,7; p = 0,008])	Questionário
Krousel-Wood et al. (2011)	Transversal	Doentes com HTA	Baixa adesão: 14,3% Média adesão: 34,0% Boa adesão: 51,7%	Morisky (8 itens)
Naderi, Bestwick e Waid (2012)	Meta-análise	Doentes com DCV	Adesão: 57% (IC <sub>95%</sub> [50%; 64%]) num período médio de 24 meses. Estudos de prevenção primária: de 50%, (IC <sub>95%</sub> [45%; 56%]) Estudos de prevenção secundária: 66% (IC <sub>95%</sub> [56%; 75%])	-
Wu et al. (2012)	Prospectivo, longitudinal (durante 3 meses)	Doentes com Insuficiência cardíaca	Adesão: 56% Estatinas - 31% β-bloqueadores - 58%	MEMS (≥ 88%)
Bowry et al. (2011)	Meta-análise	Doentes com DCV	Adesão: 57,5% (IC <sub>95%</sub> [52,3%; 62,7%]) Contagem de comprimidos 62,1% (IC <sub>95%</sub> [49,7%, 73,8%]) Autorrelato (54,6% (IC <sub>95%</sub> [47,7%; 61,5%])	-
Yusuf et al. (2011)	Prospective Urban Rural Epidemiological study (PURE)	Doentes com SCA e AVC	Adesão: antiagregantes plaquetários - 25,3% β-bloqueadores - 17,4% IECAS - 19,5% Anti-hipertensivo - 41,8% Estatinas - 14,6%	Questionário
Kronish et al. (2011)	Meta-análise	Doentes com HTA	Adesão: oscilou entre 28% nos β-bloqueadores e 65% nos IECAS	-
Aggarwal e Mosca (2010)	Transversal	Doentes com DCV	Adesão: medicação anti-hipertensiva - 48% Estatinas - 38%,	Questionário
Cabral e Silva (2010)	Transversal		Adesão: prescrições médicas - 30%	Questionário
Corrao et al. (2010)	Retrospectivo	Doentes com SCA	Adesão: estatina - 44%	Proporção de dias cobertos (≥75%)
Ali et al. (2009)	Transversal	Doentes com SCA	Adesão: 71,2%	Entrevista por telefone
Ho et al. (2008)	Prospectivo, longitudinal	Doentes com SCA	Não adesão: β-bloqueadores- 28,8%, IECA - 21,6%, Estatinas - 26,0%	Proporção de dias cobertos (< 80%)
Jackevicius et al. (2008)	Transversal	Doentes com DCV	Adesão: 74%	Taxa de aquisição 120 dias após a alta hospitalar
Lunelli, Portal, Esmérl, Moraes e Souza (2009)	Transversal	Doentes com EAM	Adesão: 56,5%	Teste de Morisky
Vrijens, Vincze, Kristanto, Urquhart e Burnier (2008)	Longitudinal	Doentes com HTA	Adesão: 65% ao 200 dia e 10% não tomaram qualquer medicação Omissões: 42% da dose de um único dia 15% omissão de doses de um ou dois dias consecutivos 43% vários dias de doses omitidas (três ou mais dias) Adesão: 50% após 1 ano	MEMS
Gislason et al. (2007)	Prospectivo, longitudinal (Dinamarca)	Doentes com insuficiência cardíaca	Adesão: IECAS - 79% β-bloqueadores- 65% Espironolactona - e 56% Estatinas - 83%	Pedidos de prescrição (receita)
Taylor (2007)	Observacional, prospectivo e randomizado <i>The Federal Study of Adherence to Medications in the Elderly (FAME)</i>		Adesão: 61% Estatinas - 80% IECAS - 50,2% β-bloqueadores- 47,3% Bloqueadores canais de cálcio - 36,8% Diurético - 25,9%	Contagem de comprimidos

Mais de 250 fatores têm sido estudados desde 1975, mas nenhum destes pode ser considerado consistente na predição da adesão ao tratamento (Vermeire et al., 2001; Arbuthnott & Sharpe, 2009; Ho et al., 2009; Bosworth et al., 2011).

A adesão ao tratamento é um conceito complexo influenciado por variados fatores, tanto a nível do sistema de cuidados de saúde (incluindo os profissionais de saúde), como a nível do próprio doente, da sua patologia e do tipo de tratamento (Ho et al., 2009; Gould & Mitty, 2010). A clara definição deste conceito é o primeiro passo para identificar e compreender os fatores que a podem dificultar ou facilitar (Zolnierek & DiMatteo, 2009; ACPM, 2011).

### **Fatores económicos, sociais e culturais**

Os fatores socioeconómicos são mencionados em diversos artigos como um dos principais motivos que podem comprometer a adesão ao tratamento. Embora o estatuto socioeconómico não tenha sido encontrado de forma consistente como preditor, independente da adesão, nos países em desenvolvimento verifica-se que o indivíduo de baixo estatuto socioeconómico se confronta com a problemática em optar por prioridades, que incluem os limitados recursos disponíveis para satisfazer as necessidades do seu núcleo familiar (Bugalho & Carneiro, 2004; Ho et al., 2009; Bowry et al., 2011). Também são considerados outros fatores fundamentais de âmbito socioeconómico, nomeadamente o analfabetismo, o baixo nível de escolaridade, o desemprego, os custos elevados da medicação e a falta de redes de apoio social (Ingersoll & Cohen, 2008; Laba et al., 2012; Desai & Choudhry, 2013).

Ao nível social, a inexistência de um núcleo familiar estruturado, bem como o apoio insuficiente das redes sociais em que se insere, podem influenciar o comportamento do doente e este revelar maiores dificuldades em cumprir o esquema terapêutico (Bugalho & Carneiro, 2004; Ho et al., 2009; Desai & Choudhry, 2013).

Num estudo de revisão sistemática da literatura, que incidiu em 50 artigos destinados a avaliar o suporte social e a adesão, foram identificados quatro categorias de apoio social: (a) apoio estrutural, refere-se ao estado civil, condições de vida e tamanho da rede social; (b) apoio prático, reporta-se à ajuda aos doentes através do pagamento da medicação, renovação das receitas na farmácia, leitura de rótulos, colocação da medicação em dispositivos (caixa semanal) e disponibilização de transporte; (c) apoio emocional, oferecendo encorajamento e confiança, ouvindo e oferecendo apoio espiritual e (d) apoio global, qualquer combinação das três estruturas de apoio (Scheurer, Choudhry, Swanton, Matlin & Shrank, 2012).

Os laços sociais pretendem medir aspetos quantitativos do comportamento social e o apoio social refere-se aos aspetos qualitativos das interações sociais. De entre os três

subtipos de apoio social (informativo, instrumental e emocional), o apoio emocional tem sido o subtipo mais avaliado na literatura no contexto das DCV. Relações de apoio emocional, caracterizadas por um alto grau de carinho, simpatia, compreensão, apoio e estima têm-se mostrado cardioprotetoras (Scheurer et al., 2012).

### **Fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde**

Na literatura, diversos estudos reconhecem que os atuais sistemas de saúde não valorizam a autonomia dos doentes e a qualidade das interações entre estes e os profissionais de saúde, nos resultados em ganhos de saúde.

A relação do doente com os profissionais e serviços de saúde é cada vez mais reconhecida como determinante na adesão, não só nos elementos ligados ao regime terapêutico prescrito, mas também na confiança que deposita no seu médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde, no tratamento em si, bem como nos cuidados de saúde em geral.

Alguns estudos relatam que os fatores organizacionais estão mais relacionados com a adesão do que os sociodemográficos. O tempo dedicado pelos profissionais de saúde, a frequência das consultas e o estilo da comunicação (variáveis organizacionais) revelam-se mais importantes do que o sexo, estado civil, idade, nível educacional e estado de saúde (variáveis sociodemográficas), no sentido de afetar a adesão ao tratamento (Bugalho & Carneiro, 2004).

O sistema de prestação de cuidados de saúde pode influenciar o comportamento de adesão através das políticas e procedimentos do próprio sistema de saúde, nomeadamente a disponibilidade e acessibilidade de serviços, apoio à educação, gestão da informação, meios de divulgação de informação e tipo de serviços fornecidos (Gordon, Smith & Dhillon, 2007; Jin, Sklar, Min & Chuen, 2008; Ingersoll & Cohen, 2008; Cabral & Silva, 2010; Barbosa, Balp, Kulich, Germain & Rofail, 2012).

As doenças crónicas requerem estratégias que apoiem o doente na alteração do comportamento (adesão ao tratamento) e o tornem responsável pelo seu projeto de saúde pessoal. Torna-se imprescindível um bom relacionamento entre os profissionais de saúde e os doentes e que esse vínculo tenha um carácter de estabilidade no tempo.

A comunicação é a pedra fundamental para a construção da confiança do doente, que é mais suscetível de o conduzir à adesão ao plano de tratamento e, conseqüentemente, potencia um melhor controlo da condição crónica (Epstein et al., 2005; Gordon et al., 2007; Jin et al., 2008; Ingersoll & Cohen, 2008; Cabral & Silva, 2010; ACPM, 2011; Barbosa et al., 2012).

A promoção da adesão ao tratamento vai depender do profissional de saúde que a efetiva, daí a importância da qualidade do vínculo. Além das competências de

comunicação, transmissão de informação de forma concisa e clara, utilização de uma linguagem apropriada ao nível educacional e à capacidade cognitiva do doente, envolve também a empatia com este, saber ouvir, entender e respeitar as suas expectativas e preocupações, bem como o incentivo à adesão (ACPM, 2011; Barbosa et al., 2012).

Neste contexto, muita da pesquisa sobre adesão incide nas características da comunicação profissional de saúde/doente, pois evidencia que os vários estilos de interação estejam relacionados com a adesão. A corroborar este facto temos o estudo de meta-análise, efetuado por Zolnierek e DiMatteo (2009), onde concluíram que a comunicação centrada no doente estava significativamente correlacionada com a adesão, com um risco superior (19%) de não adesão entre os doentes em que a comunicação com o profissional de saúde fosse menos conseguida. Registou-se ainda uma probabilidade de 2,16 vezes maior de adesão, se o profissional de saúde comunicasse de forma eficaz, sendo comparável com outros estudos similares, designadamente, com o suporte prático social (3,6) e apoio emocional (1,83) (DiMatteo, 2004), com a depressão (3,03) (DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000) e a perceção da gravidade da doença (2,5) (DiMatteo, Haskard & Williams, 2007).

Uma parte fundamental da satisfação é moldada pela relação estabelecida entre o doente e o profissional de saúde, uma vez que é através deste que ele mantém o contacto com os serviços de saúde (Loriente-Arín & Serrano-del-Rosal, 2009).

Vários estudos constataram que tanto a satisfação do doente como a adesão ao tratamento são reforçadas pelo seu envolvimento e participação nos seus próprios cuidados (Smith et al., 2008; Zolnierek & DiMatteo, 2009). Outros estudos também demonstraram que os doentes que participam na elaboração de estratégias comportamentais com os profissionais de saúde estão mais predispostos a aderir à medicação (Smith et al., 2008; Arbuthnott & Sharpe, 2009; Loriente-Arín & Serrano-del-Rosal, 2009; Zolnierek & DiMatteo, 2009; Hartley & Repede, 2011).

Independentemente de outros fatores de natureza técnica ou organizacional, o sucesso da consulta dos profissionais de saúde baseia-se, principalmente, no processo de comunicação, na medida em que esta é uma verdadeira troca de informações entre profissionais e o doente. Estes necessitam saber que o profissional de saúde entendeu o seu problema e os mais exigentes pretendem entender o seu problema de forma clara e participar na tomada de decisão sobre a sua saúde (Arbuthnott & Sharpe, 2009; Zolnierek & DiMatteo, 2009; Hartley & Repede, 2011).

O problema da não adesão, muitas vezes, não se deve aos profissionais de saúde nem ao doente, mas sim ao próprio sistema de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004; Cabral & Silva, 2010; Barbosa et al., 2012).

A distância entre a residência e o serviço de saúde, as dificuldades ligadas à renovação de receitas, o tempo de espera para atendimento ou marcação da consulta, a restrição dos horários, a duração das consultas, a falta de serviços complementares (exames, consultas com especialistas, suporte social), o espaço de atenção individualizada nos serviços e visitas domiciliares, bem como o acesso aos profissionais responsáveis pelo tratamento, são alguns fatores limitativos da acessibilidade (Gordon et al., 2007; Jin et al., 2008; Ingersoll & Cohen, 2008; Cabral & Silva, 2010; Barbosa et al., 2012).

### **Fatores relacionados com a percepção da doença**

A capacidade que a pessoa tem de perceber a condição da sua doença pode ser decisiva na adesão ao tratamento. A forma como percebe o risco, a importância de cumprir o tratamento e a prioridade atribuída à adesão, o significado cultural da doença, a sintomatologia experienciada, o nível de incapacidade, a severidade e a efetividade do tratamento, são fortes determinantes da adesão.

A adesão está relacionada com a gravidade dos sintomas (Gehi et al., 2007; Jin et al., 2008; Granger et al., 2009), com o nível de deficiência (física, psicológica, social e profissional), com a taxa de progressão e gravidade da doença, (Akincigil et al., 2008) bem como a disponibilidade efetiva pela terapêutica (Bugalho & Carneiro, 2004; Wu, Moser, Chung & Lennie, 2008; Bowry et al., 2011).

Algumas características da doença estão interligadas à adesão, sendo as mais frequentes a gravidade da doença e a visibilidade dos sintomas. Vários estudos concluíram que os doentes crónicos assintomáticos, frequentemente não aderem ao tratamento (Bugalho & Carneiro, 2004), justificando assim a elevada taxa de adesão nas doenças agudas em relação às doenças crónicas. Um dos aspetos relacionados com a não adesão, como a adoção de medidas preventivas de complicações crónicas, é a ausência de sintomatologia, o que conduz a uma menor percepção da gravidade da doença e suscetibilidade a complicações.

### **Fatores relacionados com a terapêutica prescrita**

Relativamente aos fatores associados ao próprio tratamento, os mais relevantes prendem-se com a duração e a complexidade do regime terapêutico (Albert, 2008; Melchior, Correr & Fernandez-Llimos, 2008). A maioria dos investigadores considera complexidade terapêutica a quantidade da medicação prescrita, a dificuldade em seguir a medicação e o número de comprimidos (Albert, 2008; Jin et al., 2008; Granger et al., 2009; Cabral & Silva, 2010; Choudhry, Fischer et al., 2011).

O elevado número de medicamentos tomados pelo doente com doença crónica, juntamente com o número elevado de tomas diárias e de formas farmacêuticas, parecem também contribuir para aumentar a complexidade e dificultar o esquema terapêutico (Cabral & Silva, 2010). A complexidade é aumentada quando há medicação que exige cuidados especiais para a toma, como sejam: a toma às refeições, em jejum ou ao deitar, ou quando o doente é obrigado a preparar o medicamento, como a diluição do comprimido efervescente ou do conteúdo de uma saqueta.

Choudhry, Fischer et al. (2011) foram dos primeiros autores que ampliaram a definição de complexidade e avaliaram a relação entre os padrões de prescrição e de aquisição e o uso adequado da medicação. Constataram ainda que, os doentes que adquiriam parte da medicação prescrita aderiam menos ao tratamento. A magnitude desses efeitos foi maior em doentes recém-medicados.

O papel da complexidade dos regimes terapêuticos sobre a adesão ganha importância na medida em que este reflete a dificuldade do doente executar o tratamento proposto.

O elevado número de medicamentos prescritos e a posologia também estão associados à não adesão, mesmo quando a medicação é comparticipada pelo sistema de saúde. De facto, os doentes aderem mais facilmente a tratamentos curtos, simples e que impliquem poucas mudanças nos seus hábitos diários (Bugalho & Carneiro, 2004; Albert, 2008; Jin et al., 2008; Granger et al., 2009; Aggarwal & Moscal, 2010).

Alguns estudos também demonstraram que o doente tende a aderir ao tratamento quando este é eficaz no controlo dos sintomas, apresenta um baixo custo e os seus efeitos colaterais são reduzidos (Bugalho & Carneiro, 2004; Cabral & Silva, 2010). De igual forma, a elevada carga de comorbilidade está associada à complexidade do esquema terapêutico e, quanto mais complexo este for, menor será a probabilidade do doente em aderir (Albert, 2008; Jing et al., 2008; Granger et al., 2009; Aggarwal & Moscal, 2010; Cabral & Silva, 2010; Lamba et al., 2012).

Para além da complexidade do regime, a preocupação do doente acerca dos efeitos secundários da medicação continua a ser uma barreira poderosa à adesão. Numa pesquisa realizada pela *Harris Interactive* em 2005 com 2507 adultos, quase metade dos entrevistados relataram que não tomaram a medicação devido a preocupações dos efeitos colaterais (NCPIE, 2007).

### **Fatores individuais relacionados com as características do doente**

As características dos doentes têm sido o foco de uma extensa pesquisa sobre a adesão. No entanto, a idade, o sexo, a escolaridade, a ocupação, o rendimento, o estado civil, a raça, a religião, a etnia e a residência não foram definitivamente associados com a



adesão (Bugalho & Carneiro, 2004; Albert, 2008; McHorney et al., 2009; Cabral & Silva, 2010; Bowry et al., 2011; Gellad, Grenard & Marcum, 2011; Desai & Choudhry, 2013). Da mesma forma, variáveis relacionadas com a personalidade, não emergiram como preditoras (McHorney et al., 2009).

Em relação aos aspectos demográficos ainda que os estudos não sejam conclusivos e nem sempre com resultados coincidentes, alguns demonstraram uma associação ente o sexo e a adesão. Refira-se a este respeito o estudo de Osteberg e Blaschke (2005) sobre a não adesão à terapêutica, em doentes com HIV, envolvendo dispositivos electrónicos. Neste estudo os autores constataram que a adesão ao tratamento antirretroviral foi mais baixa em mulheres do que em homens

A não adesão ao tratamento tende a agravar-se com o envelhecimento. Os doentes mais idosos constituem um grupo mais suscetível a este fenómeno por apresentarem comorbidade elevada e consequentemente acumulam diversos regimes terapêuticos. Para além disso, observa-se a deterioração de algumas capacidades, nomeadamente a cognitiva, a memória, a comunicação, a mobilidade, entre outras, que influenciam a concretização do esquema terapêutico correto (Cabral & Silva, 2010; Gellad et al., 2011). Outros estudos registaram maiores índices de incumprimento em doentes mais jovens em relação aos idosos, contribuindo para esta situação a falta de supervisão, a maior autonomia, a autoimagem e as influências sociais (Bowry et al., 2011).

A adesão ao tratamento é condicionada por fatores internos ao indivíduo e por isso considerada uma estratégia de *coping* como resposta adaptativa à doença crónica (Banning, 2008). A não adesão pode ser intencional, quando o doente decide não tomar a medicação prescrita. Esta deve-se essencialmente às reações adversas, falhas de comunicação, poucas instruções ou acreditarem que a medicação tem poucos benefícios. A não adesão não intencional pode ser devida a esquecimentos, regimes complexos, elevado número de medicamentos que os idosos têm que tomar, *deficit* cognitivo, dificuldade em abrir as embalagens/*blisters* de medicação e problemas de memória. (*Royal Pharmaceutical Society of Great Britain*, 1997; NCPIE, 2007; Ho et al., 2009).

Doentes com problemas de saúde mental têm apresentado evidências de que a depressão e a ansiedade são preditivas de adesão às recomendações dos profissionais de saúde (Cabral & Silva, 2010; Bowry et al., 2011).

O conhecimento adequado da doença, a perceção dos seus fatores e as crenças sobre o tratamento têm um forte impacto na adesão. Em particular, fatores como a suscetibilidade percebida e a gravidade da doença, autoefetividade e controle percebido sobre comportamentos de saúde, parecem correlacionar com a adesão (Cabral & Silva, 2010; Bowry et al., 2011; Gellad et al., 2011). As pessoas estão mais dispostas a aderir a regimes de tratamento quando acreditam que têm responsabilidade na sua saúde e

quando os seus comportamentos lhes trazem benefícios (Bugalho & Carneiro, 2004; Jin, 2008).

É reconhecido que a personalidade é um elemento importante que pode afetar a saúde, uma vez que reforça as potencialidades e influencia o comportamento (Jerant, Chapman, Duberstein, Robbins & Franks, 2011; Molloy, O'Carroll & Ferguson, 2014), considerando que a personalidade seria, então, uma organização dinâmica dos sistemas psicofísicos que determinam o comportamento e o pensamento. Segundo Christensen et al. (2002) é o efeito interativo dos fatores pessoais e dos fatores contextuais que influenciam o comportamento em saúde.

O modelo dos Cinco Grandes Fatores tem sido um constructo importante utilizado na investigação da personalidade com critérios, validade e estrutura bem estabelecidos (McCrae & Costa, 1996; Christensen et al., 2002; Axelsson, Brink, Lundgren & Lotvall, 2011; Jerant et al., 2011; Molloy et al., 2014). Este modelo considera que os traços de personalidade apresentam relação entre a herança biológica e as experiências pessoais. Esta interação é determinante no comportamento, sendo considerado uma versão moderna da teoria do traço e é composta por cinco fatores:<sup>16</sup> extroversão, socialização, neuroticismo, realização e abertura (McCrae & John, 1992).

Axelsson et al. (2011) pesquisaram a influência da personalidade no comportamento de adesão à medicação numa amostra aleatória de 5000 indivíduos com idades entre 30 e 70 anos. Os resultados indicaram uma relação negativa entre neuroticismo e adesão à medicação, enquanto a socialização e a realização foram correlacionadas positivamente com adesão. Outro estudo confirma que o fator neuroticismo foi associado com o comportamento de não adesão (Jerant et al., 2011).

Diversos estudos destacam a importância do fator neuroticismo em relação aos resultados negativos em saúde e do fator realização, que parece ter uma forte ligação com comportamentos saudáveis e conseqüentemente predispõe o indivíduo a uma melhor adesão (Christensen et al., 2002; Molloy et al., 2014). Além disso, o fator realização é considerado como um importante moderador da relação entre *stress* e ansiedade, sugerindo que os doentes sob *stress* elevado e com características do fator *realização* tem tendência a envolverem-se em comportamentos mais saudáveis (Korotkov, 2008; Molloy et al., 2014).

---

<sup>16</sup> Fatores que incluem, cada um deles, um conjunto de dimensões: (a) extroversão (*surgeny*), comunicação, altivez, dinamismo e interações sociais; (b) socialização (*agreableness*), amabilidade, pró sociabilidade e confiança nas pessoas; (c) neuroticismo (*neuroticism*), vulnerabilidade, instabilidade emocional, passividade e depressão; (d) realização (*conscientiousness*), competência, ponderação/prudência e empenho/comprometimento e (e) abertura (*openness*), interesse por novas ideias, liberalismo e busca por novidades (McCrae & John, 1992).

**PARTE II**

---

**ESTUDO EMPÍRICO**



## Capítulo 1 – Considerações Metodológicas

No presente capítulo pretendemos descrever a metodologia adotada para a realização do estudo, designadamente, apresentar as questões de investigação, critérios de seleção da amostra e sua caracterização. Por fim, expomos as variáveis estudadas, os instrumentos utilizados com as suas características psicométricas e as análises estatísticas efetuadas.

### 1.1 – Questões de investigação

A literatura documenta que a adesão ao tratamento assume um papel de particular importância na pessoa portadora de doença crónica. A não adesão ao tratamento constitui um grave problema de saúde pública, com importantes repercussões na incidência e prevalência de inúmeras doenças (Sabaté, 2003).

A medicação é a principal *ferramenta* utilizada para prevenir e gerir eficazmente a doença crónica, no entanto, apesar da sua importância e os benefícios conhecidos, a sua utilização de forma adequada continua a ser um desafio para doentes, profissionais e sistemas de saúde. Estima-se que a medicação cardiovascular tenha sido responsável pela redução de 50% na mortalidade por doença cardíaca coronária nos últimos 20 anos (Ford et al., 2007).

A questão da adesão é particularmente importante quando se trata do doente cardíaco, pois é grande a repercussão da não adesão, tanto no controle de sintomas, quanto na manutenção da capacidade funcional, com implicações importantes na sua qualidade de vida. É neste contexto que emergem as questões de investigação às quais procuraremos dar resposta:

- Qual a prevalência da adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?
- Quais as variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, estado civil, escolaridade, situação profissional e rendimento mensal) que influenciam a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?
- Quais as variáveis clínicas (tipo de EAM, duração e reincidência da doença, fatores de risco associados, tipo de tratamento e capacidade funcional) que influenciam a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?
- Quais as variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica (posologia, tempo da toma, quantidade prescrita, dificuldade em seguir a prescrição, custo e

efeitos secundários da medicação) que influenciam a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?

- Quais as variáveis relacionadas com os serviços de saúde (distância, dificuldade na deslocação, periodicidade e assiduidade às consultas e satisfação com a informação acerca da medicação) que predizem a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?
- Quais as variáveis sociofamiliares que predizem a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?
- Quais as variáveis relacionadas com as crenças acerca da medicação que predizem a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?

## 1.2 – Tipo de estudo

O estudo delineado para esta pesquisa apresenta características dos estudos quantitativos, por se fundamentar no método hipotético dedutivo “*cuja finalidade é descrever e verificar relações entre as variáveis*” (Fortin, 2009, p. 27). Implica a recolha sistemática de informação numérica, com o mínimo de condições de controlo consideráveis e a análise dessa informação por meio de procedimentos estatísticos (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

Inserese no tipo de investigação não experimental, que se caracteriza por estudos nos quais se recolhem dados sem introduzir novos tratamentos ou mudanças. O investigador limita-se a observar e a descrever, não interferindo (Sousa, Driessnack & Mendes, 2007), nem manipulando as variáveis em estudo, embora procure obter evidências para explicar porque ocorre um determinado fenómeno, ou seja, proporcionar um certo sentido de causalidade (Sampieri et al., 2006; Sousa et al., 2007).

Trata-se de um estudo transversal, já que os dados se reportam a um momento específico no tempo (Fortin, 2009).

É um estudo analítico correlacional que “*assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar estas variáveis*” (Fortin, 2009, p. 249). Permite a análise das suas propriedades e características, oferecendo a possibilidade de fazer predições (Sampieri et al., 2006).

Nesta perspetiva, apresentamos na Figura 2 um esquema que expõe a articulação entre as variáveis que pretendemos estudar.

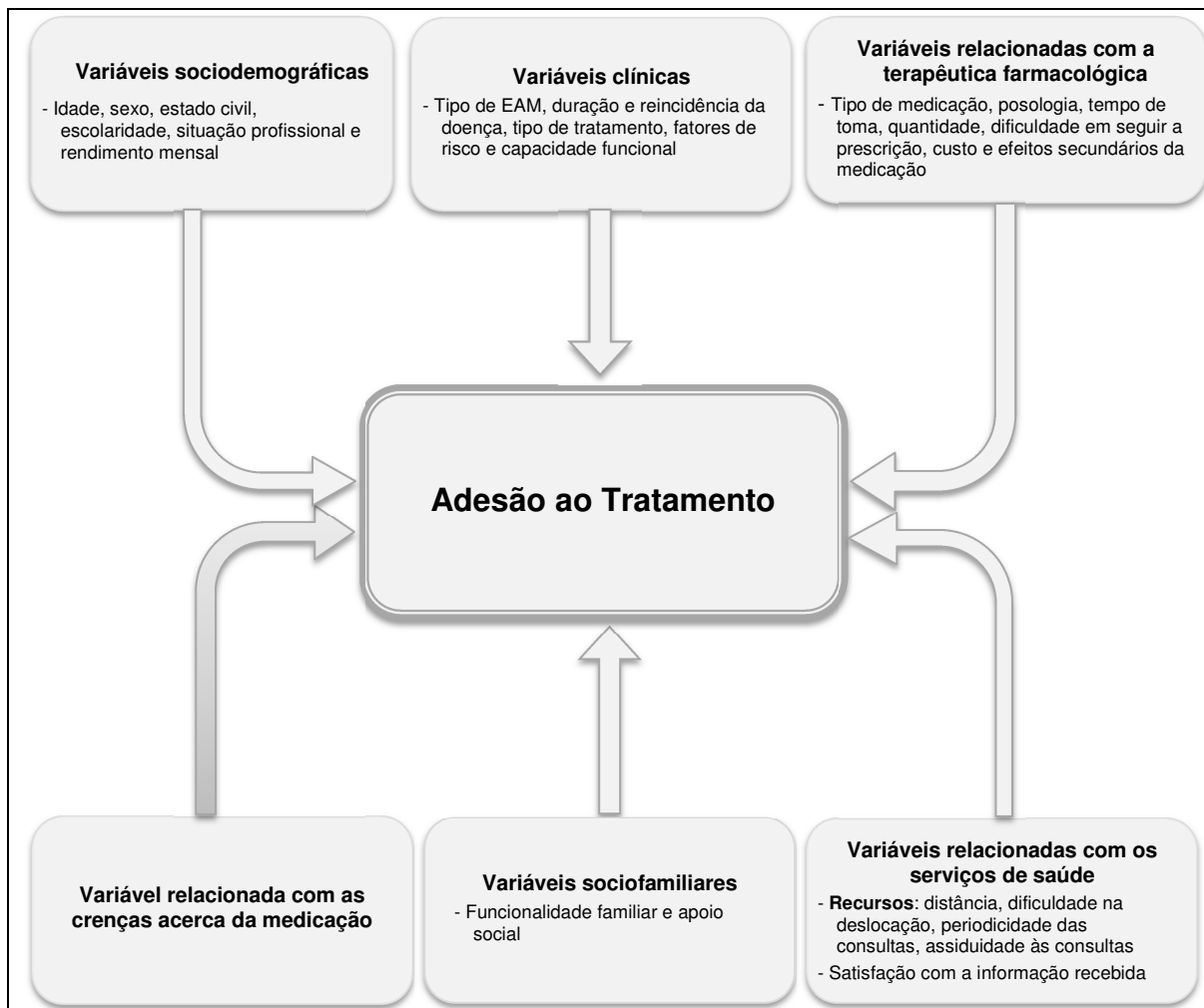


Figura 2 - Representação esquemática da relação entre as variáveis

Neste estudo foram consideradas as seguintes variáveis referentes à pessoa com cardiopatia isquémica:

*Variável dependente:* adesão ao tratamento.

*Variáveis independentes:*

- Variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional e rendimento mensal;
- Variáveis clínicas: tipo de EAM, duração e reincidência da doença, fatores de risco, tipo de tratamento e capacidade funcional;
- Variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica: medicação prescrita, posologia, tempo de toma, dificuldade em seguir a prescrição, efeitos secundários e custo da mesma;

- Variáveis relacionadas com os serviços de saúde: recursos (distância à consulta, tipo de transporte, dificuldade na deslocação à consulta, periodicidade e assiduidade às consultas) e satisfação com a informação acerca da medicação;
- Variáveis sociofamiliares: tipo de família, funcionalidade familiar e apoio social;
- Variável relacionada com as crenças acerca da medicação.

### 1.3 – População e amostra

A amostra teve por base uma população de doentes com cardiopatia isquémica em consulta de *follow-up* de cardiologia de um centro hospitalar.

Recorremos a uma amostragem não probabilística por conveniência, que integra sujeitos recrutados num determinado local durante um determinado período de tempo, estando acessíveis ao investigador por um processo que não exige o conhecimento do universo (Polit & Beck, 2011). A escolha por este tipo de amostra é frequente em contexto de saúde (Pais-Ribeiro, 2004).

Foram elegíveis os participantes que aguardavam a consulta, de junho de 2011 a março de 2012, com os seguintes critérios de inclusão: (a) idade superior a 18 anos; (b) nota da alta com diagnóstico médico de EAM ou angina instável, há pelo menos seis meses e (c) concordar em participar no estudo, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão incluíram: doentes com diagnóstico médico de patologia psiquiátrica, institucionalizados e não estarem orientados no tempo e no espaço (utilizando para o efeito algumas questões do teste de Folstein<sup>17</sup> referente ao estado de consciência e orientação tempo-espacial).

#### Caracterização sociodemográfica

De forma sistemática apresentámos os resultados relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes em função do sexo (cf. Quadro 5).

A amostra foi constituída por 254 participantes, 74% (188) do sexo masculino e 26% (66) do sexo feminino. A idade mínima dos participantes foi de 41 anos e a máxima de 86 anos, o que corresponde a uma média de 66,9 anos (DP=11,62). As mulheres registaram idades superiores às dos homens ( $\bar{X} = 71,9 \pm 11,22$  vs  $\bar{X} = 65,2 \pm 11,37$ ), com diferenças entre os grupos estatisticamente significativas (UMW=39500,  $p < 0,001$ ). Dada a elevada amplitude de variação, procedemos ao agrupamento em quatro classes etárias. Verificámos que 41,0% dos participantes apresentavam “ $\leq 65$  anos”, sendo que

<sup>17</sup> Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12 (3): 189–98. DOI:10.1016/0022-3956(75)90026-6.



19,7% registavam idades “ $\leq 55$  anos”. Por sua vez, cerca de 60% dos participantes tinham idade superior a 65 anos, recaindo a maior percentagem (78,8%), nas mulheres. Observámos diferenças estatísticas significativas no grupo etário “ $\geq 76$  anos” e o sexo (mulheres com 45,5% vs. homens com 23,4%,  $p=0,001$ ).

Em relação ao estado civil, constatámos que a maioria dos participantes (73,2%) era “*casada*” e verifica-se uma distribuição idêntica entre o sexo. Procedemos à recodificação desta variável de forma a permitir subamostras homogêneas, constituindo-se dois grupos: “*solteiros/viúvos/divorciados*” (por considerarmos que o estatuto é em tudo similar), e os “*casados*”. Deste modo, apurámos que 26,8% dos participantes apresentaram estado civil de “*solteiros/viúvos/divorciados*” e 42,4% eram mulheres e 21,3% homens. O teste de Qui-Quadrado revela significância estatística ( $\chi^2=11,144$ ,  $p=0,001$ ) entre os dois grupos.

Identificámos o predomínio de participantes (69,3%) com escolaridade até ao “4<sup>o</sup> ano”, sendo as mulheres mais representativas (78,8% vs 66,0%), seguidos por 22,8% que possuíam entre “5 a 12 anos” de escolaridade, com maior percentagem nos homens, registando-se diferenças nos valores percentuais residuais ( $> 1,96$ ).

Quanto à residência, a maioria dos participantes vivia na “*aldeia*” (52,8%), sendo similares os valores percentuais entre aqueles que residiam na “*vila*” e “*cidade*” com 26,8% e 20,5%, respetivamente.

Constatámos que a maioria (70,1%) era reformada, com maior incidência nas mulheres e 22,8% estavam empregados. Registaram-se valores residuais mais elevados nas mulheres cuja situação laboral era “*reformado*” (84,8% vs. 64,9%)

Sendo difícil quantificar com objetividade o rendimento mensal do agregado familiar, utilizámos níveis de mensuração que permitissem aos participantes escalonar esse rendimento de forma mais objetiva possível. Assim, apuramos que 49,6% destes auferiram um rendimento “ $\leq 1$  ordenado mínimo”. Quanto ao sexo, verificámos que as mulheres se encontravam maioritariamente neste grupo de rendimentos. Com rendimento “ $> 2$  ordenados mínimos”, surge 16,5% da amostra, com maior incidência nos homens (20,2%). Os valores residuais significativos situam-se nas mulheres que auferiam “ $\leq 1$  ordenado” (66,7% vs. 43,6%).

Quando questionamos os participantes sobre a sua situação financeira, a maioria (51,6%) referiu “*ter algumas dificuldades*”, porém 24,2% admitiram ter o suficiente para as suas necessidades. Por sexos, verificámos idêntica distribuição.

Quadro 5 - Características sociodemográficas em função do sexo

	Masculino (n = 188)		Feminino (n = 66)		Total (n = 254)		Valores residuais		$\chi^2$ (p)
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino	
<b>Grupo etário</b>									
≤ 55 anos	40	21,3	10	15,2	50	19,7	1,1	-1,1	$\chi^2=19,120$ <b>p&lt;0,001</b>
56-65 anos	50	26,6	4	6,1	54	21,3	<b>3,4</b>	-3,4	
66-75 anos	54	28,7	22	33,3	76	29,9	0,7	-0,7	
≥ 76 anos	44	23,4	30	45,5	74	29,1	-3,4	<b>3,4</b>	
<b>Estado civil</b>									
Solteiro / viúvo /divorciado	40	21,3	28	42,4	68	26,8	-3,3	<b>3,3</b>	$\chi^2=11,144$ <b>p=0,001</b>
Casado	148	78,7	38	57,6	186	73,2	<b>3,3</b>	-3,3	
<b>Escolaridade</b>									
≤ 4 anos	124	66,0	52	78,8	176	69,3	-1,9	1,9	$\chi^2=5,810$ p=0,055
5 a 12 anos	50	26,6	8	12,1	58	22,8	<b>2,4</b>	-2,4	
> 12 anos	14	7,4	6	9,1	20	7,9	-0,4	0,4	
<b>Situação profissional</b>									
Empregado	52	27,7	6	9,1	58	22,8	<b>3,1</b>	-3,1	$\chi^2=12,3484$ <b>p=0,006</b>
Desempregado	12	6,4	2	3,0	14	5,5	1,0	-1,0	
Baixa médica	2	1,1	2	2,0	4	1,6	-1,1	1,1	
Reformado	122	64,9	56	84,8	178	70,1	-3,0	<b>3,0</b>	
<b>Rendimento mensal</b>									
≤ 1 ordenado mínimo	82	43,6	44	66,7	126	49,6	-3,2	<b>3,2</b>	$\chi^2=13,407$ <b>p=0,004</b>
Entre 1 a 2 ordenados mínimos	60	31,9	14	21,2	74	29,1	1,6	-1,6	
> 2 ordenados mínimos	38	20,2	4	6,1	42	16,5	-0,6	0,6	
<b>Situação financeira</b>									
Confortável	26	13,8	6	9,1	32	12,6	1,0	-1,0	$\chi^2=4,754$ p=0,191
Tem o suficiente para as necessidades	40	21,3	16	24,2	56	22,0	1,1	-1,1	
Tem algumas dificuldades	100	53,2	30	45,5	130	51,6	-0,5	0,5	
É muito problemática	22	11,7	14	21,2	36	14,2	-1,9	1,9	

## 1.4 – Instrumentos

Para efetuar a recolha da informação, tivemos como suporte um questionário elaborado com base na pesquisa bibliográfica sobre a temática e um conjunto de escalas que permitem avaliar, entre outras variáveis, a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica.

Foi efetuado o pré-teste a um grupo de 20 doentes (13 do sexo masculino e 7 do sexo feminino), com o diagnóstico de cardiopatia isquémica, seguidos na consulta externa de cardiologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, no sentido de verificar os procedimentos e a aplicabilidade dos instrumentos de recolha de dados a utilizar. Gil (2008) refere este procedimento como necessário para avaliar a clareza, a compreensão e o sentido das perguntas. Pelas sugestões apresentadas, procedemos a pequenas alterações na redação de algumas questões para a sua melhor compreensão ou mesmo simplificação, obedecendo a uma ordem adequada.

Os instrumentos que nos permitiram avaliar as características sociodemográficas, clínicas, terapêutica farmacológica, recurso dos serviços de saúde e estilos de vida foram elaboradas para o presente estudo. O questionário (Anexo I) apresenta as seguintes partes:

Parte I - Caracterização sociodemográfica: composto por sete questões que permitem colher informação acerca da idade, sexo, estado civil, escolaridade, residência, rendimento mensal e situação profissional.

Parte II - Caracterização clínica: constituída por sete questões e tem como finalidade recolher informação relativa ao tipo de EAM, extensão da lesão, duração e reincidência da doença, fatores de risco, tipo de tratamento e capacidade funcional<sup>18</sup>.

Parte III - Caracterização da terapêutica farmacológica: permitiu-nos obter informação sobre a medicação prescrita, posologia, tempo da toma, dificuldade em seguir a prescrição, efeitos secundários e custo da mesma.

Parte IV - Caracterização dos serviços de saúde, constituída por duas secções, a primeira, com quatro questões, reporta-se aos recursos - acessibilidade (distância), tipo de transporte, dificuldade na deslocação à consulta, tipo de acompanhamento médico, periodicidade das consultas e assiduidade às mesmas. Na segunda secção utilizámos a *“Escala de satisfação com a informação acerca da medicação”* (*Satisfaction with Information about Medicines Scale - SIMS* desenvolvida por Horne, Hankins & Jenkins, 2001), traduzida por McIntyre e Trovisqueira (2004) que nos permite avaliar o grau de satisfação dos doentes com as informações dadas sobre a medicação prescrita.

Parte V - Caracterização dos estilos de vida, constituída por um conjunto de questões alicerçadas em evidências, publicadas pela literatura científica, permitindo avaliar os estilos de vida dos participantes e engloba: hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas, hábitos tabágicos, atividade física, sono, repouso e *stress*.

Parte VI - Caracterização sociofamiliar: permitiu-nos obter um conhecimento acerca da estrutura familiar e o envolvimento do indivíduo com a mesma. Assim, elaboramos uma questão para o tipo de família e utilizamos duas escalas: a *“Escala de Apgar Familiar”* de Smilkstein (1978) versão portuguesa de Agostinho e Rebelo (1988) e a *“Escala de Apoio Social”* de Matos e Ferreira (2002).

Parte VII - Crenças acerca da medicação avaliada através do *“Questionário de Crenças acerca dos Fármacos”* versão portuguesa de Pereira e Silva, 1998 (*Beliefs about Medicines Questionnaire* de Horne, Weinman & Hankins, 1997).

Parte VIII – Caracterização da adesão ao tratamento: para avaliar a adesão utilizámos a *“Medida de Adesão aos Tratamentos”* de Delgado e Lima (2001).

---

<sup>18</sup> A Classificação funcional da *New York Heart Association* proporciona um meio simples de classificar a limitação física do doente, classificando em cinco categorias (Goldman, Hashimoto, Cook & Loscalzo, 1981).

De seguida apresentamos as características dos instrumentos utilizados no estudo, nomeadamente os dados originais e as características psicométricas encontradas na nossa amostra. A avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos foi semelhante à realizada na validação das versões originais.

A análise psicométrica compreende a avaliação da qualidade de um instrumento de medida baseada na prova de fiabilidade e de validade. Por fiabilidade, entende-se o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida (Scientific Advisory Committee, 2002; Pestana & Gageiro, 2008; Hill & Hill, 2009; Pais-Ribeiro, 2010). A validade afere se um determinado instrumento mede o que se propõe medir, permitindo definir em que medida as avaliações do mesmo são ou não válidas (Scientific Advisory Committee, 2002; Almeida & Freire, 2008).

A consistência interna compreende a precisão de uma escala, baseada na sua homogeneidade, num determinado ponto do tempo (grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos participantes a cada um dos itens que compõem a prova), isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item (Pestana & Gageiro, 2008). Deste modo, o estudo da homogeneidade dos itens (consistência interna) foi efetuado com a determinação do coeficiente *alfa* de Cronbach e o coeficiente de bipartição, ou método das metades (*split-half*). A literatura consultada refere que para uma boa consistência interna, o valor de *alfa* deve ser superior a 0,80, mas são aceitáveis valores de 0,60 no âmbito da investigação em ciências sociais e quando as escalas têm um número de itens muito baixo (Scientific Advisory Committee, 2002; Marôco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2008).

O coeficiente de bipartição divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação entre os dois, isto é, procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra (Pestana & Gageiro, 2008).

A validade constitui uma qualidade psicométrica que afere se um determinado instrumento mede o que se propõe medir, permitindo definir em que medida as avaliações do mesmo são ou não válidas (Scientific Advisory Committee, 2002; Almeida & Freire, 2008).

Para a determinação dos estudos de validade do constructo utiliza-se a análise fatorial dos itens, que é o método que tem revelado maior uso e reconhecimento entre os diversos autores (Scientific Advisory Committee, 2002; Pestana & Gageiro, 2008; Hill & Hill, 2009; Marôco, 2010).

A análise fatorial é um método estatístico que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis

necessárias para os descrever. Pressupõe a existência de um número menor de variáveis não observáveis subjacentes aos dados (fatores), que expressam o que existe de comum nas variáveis originais (Pestana & Gageiro, 2008; Marôco, 2010).

Para determinar o número de fatores que deveriam ser extraídos, podemos utilizar o critério Kaiser ou regra do *eigenvalue* superior a 1, *scree plot* (corresponde ao gráfico da variância pelo número de componentes, onde os pontos no maior declive são indicativos do número apropriado de componentes a reter) e a variância extraída por cada fator e a total (Marôco, 2010).

A rotação *varimax* é a transformação destes fatores, no sentido de se conseguir uma estrutura interpretável, obtendo-se um peso para cada item (0 a 1) que reflita a sua contribuição relativa para os fatores extraídos (Pestana & Gageiro, 2008; Marôco, 2010). Os autores apresentam dois procedimentos estatísticos, o Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett com nível de significância ( $p < 0,001$ ), que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise fatorial.

O Kaiser-Meyer-Olkin é uma estatística que varia entre zero e um e compara as correlações de ordem zero com as correlações parciais observadas entre as variáveis. Quando este dado tem o valor próximo de um, indica coeficientes de correlação parciais pequenos e próximo de zero indica uma correlação fraca e a análise fatorial pode ser inapropriada.

#### **1.4.1 - Escala de satisfação com a informação acerca da medicação.**

A *satisfação com a informação acerca da medicação* (SIMS) é uma escala que visa determinar o grau de satisfação em relação à informação que receberam acerca da medicação que lhes foi prescrita. A escala original é constituída por 17 itens baseados nas recomendações publicadas pela *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain* (1997), sobre o tipo de informação que os doentes necessitam de modo a facilitar a automedicação (Horne et al., 2001). Cada item refere-se a um aspeto particular do uso da medicação (Horne et al., 2001; McIntyre & Trovisqueira, 2004).

O questionário, na sua versão portuguesa, conta com 12 itens no total (ao invés dos 17 da escala original inglesa), com duas subescalas: a *ação e uso da medicação* constituída pelos primeiros cinco itens e a subescala *potenciais problemas da medicação* pelos restantes sete itens. Cada questão permite cinco tipos de respostas: *muita informação*, *ideal/suficiente*, *pouca informação*, *não recebi informação* e *não acho necessário ter informação* (McIntyre & Trovisqueira, 2004).

Se o doente está satisfeito com a informação recebida acerca de um dado aspeto da medicação (atribui uma classificação de *ideal/suficiente* ou *não necessária*) a cotação é um e quando o doente está insatisfeito com a quantidade da informação recebida (*muita, pouca* ou *não recebi*) o item é cotado com zero.

O valor da satisfação total obtém-se pela soma da classificação de cada item. O *score* total obtido pela soma de todas as respostas oscila entre 0 e 12. Quanto maior o *score* de pontuação total, maior será o grau de satisfação com a informação recebida dos profissionais de saúde (McIntyre e Trovisqueira, 2004).

### Avaliação das propriedades psicométricas de SIMS na amostra

Reportando-nos aos resultados da fiabilidade, o Quadro 6 mostra-nos a estatística descritiva (médias e desvios padrão) e a correlação do item total corrigido o que nos dá uma ideia da forma como o item se combina com o valor global.

Constatámos que nas médias relativas aos itens 6, 7, 9, 10 e 11 da escala, se registaram valores inferiores a 0,5. Quanto à correlação do item total, esta varia entre 0,343 do item 3 “*por quanto tempo terá de tomar a medicação*” e 0,595 do item 6 “*o que deve fazer se sentir efeitos indesejáveis*”.

O valor de *alfa* de Cronbach global (0,870) é classificado de bom (> 0,75) (Bryman & Cramer, 2011; Marôco, 2010). O índice de fiabilidade pelo método *split-half* regista valores de *alfa* de Cronbach considerados adequados com 0,804 e 0,761 para a primeira e segunda metade, respetivamente.

Quadro 6 - Consistência interna de SIMS

º	Itens	$\bar{X}$	DP	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ de Cronbach se o item for excluído
1	Para que serve a sua medicação	0,85	0,36	0,640	0,558	0,843
2	Quanto tempo demora a ter efeito a medicação	0,56	0,49	0,561	0,456	0,847
3	Por quanto tempo terá de tomar a medicação	0,72	0,45	0,523	0,396	0,850
4	Como tomar a medicação	0,96	0,19	0,495	0,488	0,854
5	Como conseguir mais medicação	0,86	0,35	0,539	0,451	0,849
6	Se a medicação tem efeitos indesejáveis	0,46	0,50	0,634	0,567	0,843
7	O que deve fazer se sentir efeitos indesejáveis	0,45	0,49	0,557	0,526	0,847
8	Se pode beber álcool enquanto toma esta medicação	0,79	0,41	0,517	0,446	0,851
9	Se a medicação interfere com outra medicação	0,44	0,49	0,668	0,491	0,840
10	Se a medicação o faz sentir sonolento	0,30	0,46	0,595	0,468	0,845
11	Se a medicação vai afetar a sua vida sexual	0,28	0,45	0,413	0,306	0,863
12	O que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose	0,66	0,47	0,487	0,330	0,852
Coeficiente <i>split-half</i>		Primeira metade=0,804			Segunda metade=0,761	
$\alpha$ de Cronbach		0,870				

Prosseguindo com o estudo da validade do constructo utilizamos a medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e obtivemos o valor de 0,831. O qual é sugestivo de uma boa correlação entre as variáveis, sendo que o teste de esfericidade de Bartlett é estatisticamente significativo ( $\chi^2=1182,74$ ; gl=66;  $p<0,001$ ).

Numa primeira análise exploratória com a totalidade dos itens, a extração dos fatores pelo método de rotação *varimax* revelou três fatores com *eigenvalues* superiores a 1 (1,059, 1,289 e 4,133), que no conjunto explicavam 61,19% da variância total. Contudo, na análise do gráfico *scree plot*, não se confirma esta estrutura tridimensional (cf. Figura 3). Por sua vez a solução fatorial, com duas subescalas, explica 52,37% da variância total e segundo Marôco (2010) aponta para uma estrutura bidimensional, uma vez que o critério de extração de um número mínimo de fatores explica, pelo menos, 50% da variância total da escala.

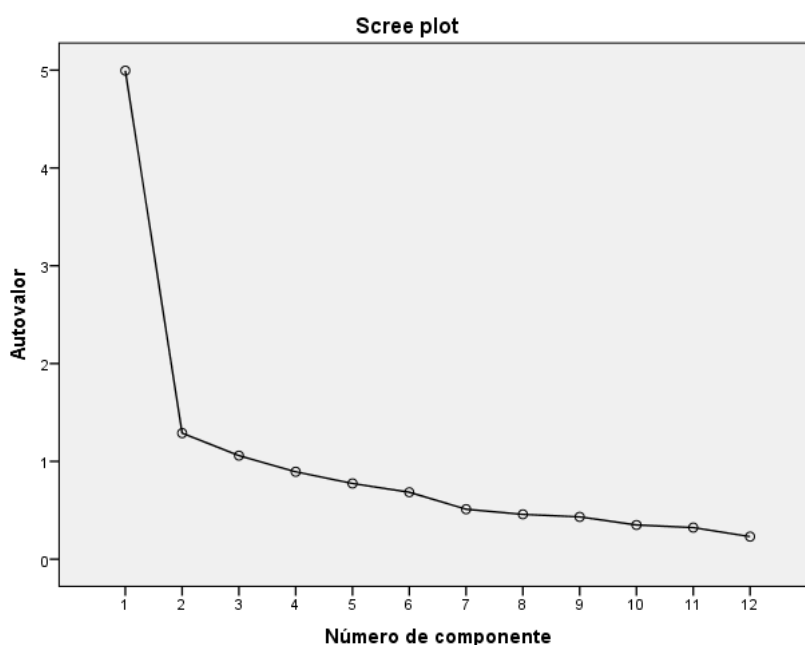


Figura 3 - Variâncias de *scree plot* de SIMS

Assim, a análise dos componentes principais foi ajustada à estrutura indicada pelos autores. A solução fatorial encontrada explica aproximadamente 52,37% da variância total (cf. Quadro 7). O fator 1 é composto por 5 itens (4, 5, 1, 3 e 2) e explica 41,63% da variância dos resultados. Apesar do item 2 “*Quanto tempo demora a ter efeito a medicação*” apresentar um valor mais elevado no fator 2, este foi colocado no fator 1, dado o seu conteúdo se ajustar à *ação e uso da medicação*, uma vez que o conteúdo destes itens faz subentender o efeito terapêutico com ação na manutenção ou melhoria da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas da doença.

O fator 2 engloba seis itens no total (7, 6, 11, 9, 10, 12 e 8) e explica 10,74% da variância dos resultados. O conteúdo dos itens remete-nos para os *potenciais problemas da medicação*.

Verificámos ainda que a maioria das dimensões registam comunalidades superiores a 0,5, pelo que se conclui que explicam grande parte da variância, uma vez que os valores se aproximam mais de 1 do que de 0 (Pestana & Gageiro, 2008).

**Quadro 7 - Análise fatorial em componentes principais de SIMS**

nº	Itens	1º Fator	2 Fator	h <sup>2</sup>
4	Como tomar a medicação	<b>0,811</b>		0,659
5	Como conseguir mais medicação	<b>0,778</b>		0,623
1	Para que serve a sua medicação	<b>0,768</b>		0,670
2	Quanto tempo demora a ter efeito a medicação	<b>0,403</b>	0,536	0,549
3	Por quanto tempo terá de tomar a medicação	<b>0,490</b>	0,385	0,488
7	O que deve fazer se sentir efeitos indesejáveis		<b>0,786</b>	0,629
6	Se a medicação tem efeitos indesejáveis		<b>0,767</b>	0,649
11	Se a medicação vai afetar a sua vida sexual		<b>0,636</b>	0,507
9	Se a medicação interfere com outra medicação	0,423	<b>0,626</b>	0,570
10	Se a medicação o faz sentir sonolento	0,320	<b>0,613</b>	0,479
12	O que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose	0,305	<b>0,527</b>	0,470
8	Se pode beber álcool enquanto toma esta medicação	0,346	<b>0,519</b>	0,489
<b>Eigenvalues</b>		4,995	1,289	
<b>% Variância</b>		41,63	10,74	
<b>% Cumulativa</b>		41,63	52,37	

Nota : com rotação ortogonal pelo método varimax forçada a 2 fatores com extração de itens com peso fatorial > 0,30

Na continuação dos estudos de fiabilidade (cf. Quadro 8), na correlação do item total corrigido, observou-se que, na subescala da satisfação com a informação referente à *ação e uso da medicação*, o item 1 ( $r=0,716$ ) “*para que serve a sua medicação*” é o que mais se correlaciona com os restantes itens e o item 3 ( $r=0,511$ ), “*por quanto tempo terá de tomar a medicação*” é o que menos se correlaciona.

Quanto à subescala da satisfação com a informação relativa aos *potenciais problemas da medicação*, verificamos que o item 9, “*se a medicação interfere com outra medicação*”, apresenta melhor correlação ( $r=0,662$ ), cuja variabilidade de resposta é de 47,1%. O item que estabelece a correlação mais baixa ( $r=0,411$ ) é o 12, “*o que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose*”, com uma variabilidade de 24,6%.

A determinação do coeficiente *alfa* de Cronbach indica-nos que as subescalas apresentam uma consistência interna aceitável, (0,783) na subescala *ação e uso da medicação* e 0,798 na subescala *potenciais problemas da medicação*.



Quadro 8 - Consistência interna e correlação por item das subescalas de SIMS

nº	Itens	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	α de Cronbach se o item for excluído
<b>Ação e uso da medicação</b>				
1	Para que serve a sua medicação	0,716	0,524	0,689
2	Quanto tempo demora a ter efeito a medicação	0,531	0,319	0,758
3	Por quanto tempo terá de tomar a medicação	0,511	0,299	0,759
4	Como tomar a medicação	0,548	0,387	0,759
5	Como conseguir mais medicação	0,561	0,388	0,742
Coeficiente split-half		Primeira metade=0,730	Segunda metade=0,643	
<b>Cronbach's alfa</b>			<b>0,783</b>	
<b>Potenciais problemas da medicação</b>				
6	Se a medicação tem efeitos indesejáveis	0,604	0,485	0,761
7	O que deve fazer se sentir efeitos indesejáveis	0,576	0,438	0,765
8	Se pode beber álcool enquanto toma esta medicação	0,508	0,362	0,775
9	Se a medicação interfere com outra medicação	0,662	0,471	0,750
10	Se a medicação o faz sentir sonolento	0,617	0,455	0,753
11	Se a medicação vai afectar a sua vida sexual	0,416	0,270	0,802
12	O que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose	0,411	0,246	0,792
Coeficiente split-half		Primeira metade=0,759	Segunda metade=0,577	
<b>Cronbach's alfa</b>			<b>0,798</b>	

Ainda para o estudo da validade da escala efetuámos uma matriz de correlação entre os diferentes fatores e o valor global (cf. Quadro 9). Os resultados obtidos indicam que as correlações entre as duas subescalas são moderadas ( $r=0,550$ ), sugerindo dimensões independentes que medem o mesmo conceito, apoiando a estrutura bifatorial de SIMS. As correlações obtidas entre as subescalas e o valor global traduzem uma correlação positiva ( $r=0,802$ ) na *ação e uso da medicação* e  $r=0,940$  nos *potenciais problemas da medicação*.

Quadro 9 - Matriz de correlação de Pearson entre as subescalas de SIMS

	Ação e uso da medicação	Potenciais problemas da medicação
Ação e uso da medicação		
Potenciais problemas da medicação	0,550**	
Valor global de SIMS	0,802**	0,940**

\*\* -  $p=0,01$

#### 1.4.2 - Estilos de vida.

Os estilos de vida são definidos como o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização, constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais (DGS, 2004; Perk et al., 2012).

Considera-se estilos de vida saudáveis como sendo as formas de vida, baseadas em padrões identificáveis de comportamentos, que contribuem para promover a saúde e prevenir a doença (DGS, 2004; Perk et al., 2012).

É particularmente importante a compreensão dos determinantes do comportamento saudável, devido ao papel que os mesmos desempenham na determinação do estado geral de saúde. Sabemos que as modificações dos estilos de vida (alimentação saudável, prática de exercício físico, cessação do consumo de tabaco) e um eficaz controlo e redução dos fatores de risco de DCV (HTA, dislipidémia, diabetes, excesso de peso e sedentarismo), podem prevenir e retardar o aparecimento das DCV de origem aterotrombótica (Patel & Adams, 2008).

De acordo com o relatório *Global Status Report on Noncommunicable Diseases* (WHO, 2011), considerámos para a determinação dos estilos de vida as seguintes variáveis: consumo de tabaco, hábitos alimentares, uso de bebidas alcoólicas, atividade física, perturbação do sono e má gestão do *stress*, uma vez que, atualmente, estão claramente identificadas na origem daquelas doenças.

Os dados epidemiológicos, nos quais nos baseámos para operacionalizar esta variável, assentam nos seguintes critérios empíricos:

- Consumo de tabaco: quase 6 milhões de pessoas morrem a cada ano devido ao tabaco, tanto fumadores ativos como passivos. Em 2020 este número aumentará para 7,5 milhões, representando 10% de todas as mortes. Fumar é a causa estimada em cerca de 71% do carcinoma do pulmão, 42% das doenças respiratórias crónicas e quase 10% das DCV. A maior incidência do tabagismo entre os homens tem vindo a diminuir, embora se registe um aumento do consumo no sexo feminino (Perk et al., 2012);
- Atividade física: pessoas que são insuficientemente ativas fisicamente, apresentam um risco de 20 a 30% maior de todas as causas de mortalidade. A atividade física e o exercício físico são insuficientes, sendo Portugal o país da União Europeia com os níveis mais elevados de sedentarismo. Existe uma relação direta entre a atividade física e a redução do risco de doença coronária, diabetes e AVC (WHO, 2009, 2010; Patel & Adams; 2008; Perk et al., 2012). Diversos autores propõem, no âmbito da prevenção do risco das DCV, a realização de no mínimo 30 minutos/dia, durante pelo menos cinco dias por semana, de atividade física de intensidade moderada ou, em alternativa, de pelo menos 20 minutos por dia, três dias por semana, de atividade física de intensidade física vigorosa (Haskell et al., 2007; Perk et al., 2012).
- Consumo de álcool: aproximadamente 2,3 milhões morrem a cada ano devido ao uso abusivo do álcool, representando cerca de 3,8% de todas as mortes no

mundo. Mais de metade dessas mortes ocorre por doenças crônicas, incluindo cancro, DCV e cirrose hepática. Existe uma relação direta entre os níveis mais elevados de consumo de álcool e o risco crescente de alguns tipos de carcinomas, doenças do fígado e DCV (Perk et al., 2012). A medição do índice de consumo de álcool foi avaliada atendendo aos critérios da *American Heart Association* e WHO, apresentados por Oliveira (2011), em que o consumo de bebidas alcoólicas deve ser limitado à quantidade de duas bebidas por dia nos homens e uma bebida por dia nas mulheres.

- Hábitos dietéticos: o consumo adequado de frutas e legumes reduz o risco de DCV, carcinoma gástrico e colo-rectal. O consumo elevado de sal é um importante determinante da pressão arterial e de risco cardiovascular. São atribuíveis ao baixo consumo de frutos e de produtos hortícolas cerca de 16 milhões (1%) das mortes no mundo e 2,8% à carga global de doenças (WHO, 2009; Perk et al., 2012). Há evidências convincentes de que o consumo de altos níveis de alimentos ricos em energia, como alimentos processados, que são ricos em gorduras e açúcares, promove a obesidade, em comparação com o baixo consumo de energia de alimentos como frutas e vegetais. O consumo de gordura saturada e *trans* está relacionado com elevação do LDL-c plasmático e aumento de risco cardiovascular (Patel & Adams, 2008; Perk et al., 2012). A substituição de gordura saturada na dieta por mono e polinsaturada é considerada uma estratégia para melhor controlo da hipercolesterolemia (Perk et al., 2012);
- As perturbações do sono têm vindo a assumir um papel de grande relevo, afetando a qualidade de vida do indivíduo. Evidências recentes têm demonstrado a relação entre as perturbação do sono e a alteração do comportamento alimentar (aumento do apetite, preferência por alimentos mais calóricos) (WHO, 2011).
- A má gestão do *stress* tem consequências diretas e indiretas na saúde, sobretudo quando associada a outros fatores de risco como o consumo de tabaco e de álcool e os maus hábitos alimentares e de atividade física (DGS, 2004). O estudo *INTERHEART* demonstrou que o *stress* foi o terceiro fator de risco mais importante nos eventos coronários, após lipídios e tabagismo e representa cerca de 30% do risco atribuível de EAM (Yusuf et al., 2004). O *stress* afeta o processo da DCV através do aumento da pressão arterial, glicemia, níveis de lipídios e peso corporal e promove também a progressão da aterosclerose, a inflamação e a disfunção endotelial (Ranjit et al., 2007).

Para avaliarmos os hábitos alimentares, consumo de álcool, atividade física, sono e *stress* construiu-se uma lista de 27 itens que constitui o questionário de avaliação dos estilos de vida. Os itens permitem cinco tipos de resposta: *quase nunca*, *ocasionalmente*, *muitas vezes*, *com muita frequência* e *quase sempre*, a que se atribui uma pontuação respetivamente 1, 2, 3, 4 e 5 pontos. Os itens 2, 5, 9, 10, 11, 12, 18, 20 e 27 foram invertidos.

Sendo os diversos itens assumidos como uma lista, a exploração da relação entre os itens não é necessária tal como se fossem uma escala, pelo que a consistência interna não é obrigatório que seja avaliada (Pais-Ribeiro, 2004). No entanto, e para efeitos de identificação do potencial erro de medida, explorámos a consistência interna dos itens.

A análise das propriedades psicométricas incidiu essencialmente sobre a fidelidade. Os resultados do estudo de fiabilidade, que se apresentam no Quadro 10, mostram as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global da escala.

As correlações mostram, para todos os itens, valores positivos e significativos e na sua maioria superiores a 0,20, o que nos permite afirmar que se encontram bem centrados, excepto os itens 2, 8, 9, 11, 12, 13 e 20, que foram eliminados na primeira correlação. Os valores de *alfa* de Cronbach passaram de 0,783 para 0,892.

Os itens foram estudados considerando que a escala constitui uma lista de classificação (*rating scale*) sendo agrupados em função do valor semântico, da seguinte forma (cf. Quadro 10):

- Hábitos alimentares integram: tipo de alimentação constituídos, pelos itens 1, 3, 4, 5, 6 e 7; confecção de alimentos, os itens 16, 17 e 19; e recomendações, os itens 21, 22, 24, 25 e 26;
- Uso de bebidas alcoólicas, corresponde o item 10;
- Atividade física, constituída pelos itens 14 e 15;
- Sono e repouso, corresponde ao item 23;
- *Stress*, constituído pelo item 27;
- Hábitos tabágicos (item 28), apesar da não inclusão na lista de classificação, faz igualmente parte da escala, tendo sido invertida a pontuação.

Do somatório dos índices parcelares, referentes aos indicadores apresentados, resulta o valor global dos estilos de vida que pode variar entre um mínimo de 19 e um máximo de 90. De acordo com a tendência de resposta, quanto maior for este índice, melhor será o estilo de vida. Estabeleceu-se o ponto de corte com base na mediana, constituindo-se dois grupos que permitirão a classificação de estilos de vida saudáveis e não saudáveis.

Quadro 10 - Consistência interna da escala dos estilos de vida

nº	Itens	$\bar{X}$	DP	1ª Correlação do item total corrigido	2ª Correlação de item total corrigida	$\alpha$ Cronbach sem o item
1	Como fruta à sobremesa	3,27	0,78	0,324	<b>0,298</b>	0,893
2	Como carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)	2,35	0,88	-0,237		
3	Como carnes brancas (frango, peru, pato - aves)	3,25	0,84	0,564	<b>0,588</b>	0,885
4	Como peixe	3,09	0,84	0,489	<b>0,516</b>	0,887
5	Como enchidos (chouriço, presunto, salpicão, salchichas...)	4,16	0,76	0,334	<b>0,398</b>	0,890
6	Como sopa ("caseira")	3,46	0,83	0,485	<b>0,478</b>	0,888
7	Como legumes (cenoura, vagem, abóbora, couve-flor...) e vegetais	3,35	0,77	0,514	<b>0,487</b>	0,888
8	Como leguminosas (favas, ervilhas, feijão...)	3,15	0,64	0,103		
9	Consumo mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições	4,53	0,69	0,154		
10	Consumo qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições	4,80	0,44	0,395	<b>0,413</b>	0,891
11	Consumo salgadinhos fritos (batata frita, pastéis...)	1,61	0,67	-0,344		
12	Adiciono mais sal às refeições	1,21	0,60	-0,169		
13	Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados...)	3,61	1,19	-0,313		
14	Pratico atividade física diariamente durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)	1,86	0,97	0,505	<b>0,545</b>	0,886
15	Pratico desporto que faz suar (exercício físico específico como ciclismo, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol...), pelo menos três vezes por semana, para além da atividade física que faço em casa ou como parte do meu trabalho	1,35	0,66	0,409	<b>0,423</b>	0,889
16	Na confeção da comida retiro as gorduras visíveis da carne e a pele das aves	2,63	1,07	0,502	<b>0,515</b>	0,887
17	Na confeção da comida privilegio os alimentos grelhados, cozidos e estufados em detrimento aos fritos	3,27	0,89	0,425	<b>0,482</b>	0,888
18	Habitualmente coloco o saleiro na mesa	1,18	0,61	-0,174	<b>0,557</b>	0,885
19	Nas refeições diminuo a quantidade de sal e uso, em alternativa, ervas e especiarias	2,20	1,00	0,529		
20	Nas refeições misturo dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa e feijão	1,69	0,90	-0,289	<b>0,574</b>	0,885
21	Sigo um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde	1,98	1,09	0,493	<b>0,626</b>	0,883
22	Tenho cuidado com o que como, de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	2,40	1,02	0,539	<b>0,552</b>	0,886
23	Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	2,95	0,93	0,537	<b>0,674</b>	0,881
24	Faço cinco refeições por dia	2,94	1,08	0,624	<b>0,673</b>	0,881
25	Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	2,79	0,98	0,652	<b>0,733</b>	0,879
26	Tenho cuidado com o que como, de modo a reduzir a ingestão de sal	2,94	1,22	0,694	<b>0,327</b>	0,894
27	Tenho sentido stress	2,89	1,08	0,313	<b>0,298</b>	0,893
<i>Coefficiente split-half</i>		<i>Primeira metade</i>		0,422	0,775	
		<i>Segunda metade</i>		0,795	0,850	
<b>Cronbach's alfa</b>				<b>0,783</b>	<b>0,892</b>	

### 1.4.3 - Escala de APGAR Familiar.

A família é uma unidade social importante, capaz de resolver (ou ajudar a resolver) problemas biopsicossociais individuais ou coletivos. A funcionalidade familiar traduz a dinâmica familiar e a qualidade da relação do doente com os seus familiares. Para a operacionalização desta variável, utilizámos a escala de *APGAR Familiar* elaborada por Smilkstein em 1978 (Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982), sendo constituída por cinco questões, que quantificam a perceção que o inquirido tem do funcionamento da sua

família. Esta escala permite caracterizar os componentes fundamentais da função familiar em: (a) adaptação (*adaptability*) intrafamiliar alude à utilização dos recursos, dentro e fora da família, para a solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante a crise; (b) participação/comunicação (*partnership*) refere-se à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família; (c) crescimento/desenvolvimento (*growth*) compreende a maturidade física, psíquica, emocional e a realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação; (d) afeto (*affection*) refere-se à existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família e (e) resolução/dedicação ou decisão (*resolve*) reflete o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente, o que implica também uma decisão na partilha de bens e espaço.

Cada questão permite três tipos de resposta: *quase sempre*, *algumas vezes* e *quase nunca*, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões, podendo variar entre zero e dez pontos. O total das pontuações permite classificar o tipo de relação familiar: (1) de sete a dez pontos – sugere uma *família altamente funcional*; (2) de quatro a seis pontos – traduz uma *família com disfunção leve* e (3) de zero a três pontos - indica uma *família com disfunção severa*.

Alguns estudos debruçaram-se sobre as propriedades psicométricas deste instrumento, havendo evidências da sua consistência interna (Smilkstein et al., 1982; Smilkstein, 1984). Numa amostra pequena (n=38), sem perturbação clínica diagnosticada, obteve-se uma correlação elevada (0,80) entre o *APGAR Familiar* e o *Pless-Satterwhite Family Function Index*, um instrumento previamente utilizado para avaliar a funcionalidade familiar. O *APGAR Familiar* já foi validado em diferentes partes do mundo, não havendo evidências de que a sua utilização seja prejudicada por interferências culturais (Chann, Ho & Donnan, 1988).

### **Avaliação das propriedades psicométricas de APGAR Familiar na amostra**

Reportando-nos aos resultados da fiabilidade, o Quadro 11 mostra-nos a estatística descritiva (médias e DP) e a correlação do item total corrigido. Quanto à correlação do item total, esta é moderada a alta com valores entre 0,633 do item 5, “*está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?*” e 0,862 do item 1, “*está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa?*”

Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diversos itens permitem-nos dizer que se encontram bem centrados. Como verificamos, o valor de *alfa de Cronbach* é classificado de razoável a bom, pois oscila entre 0,633 e 0,862 (Bryman & Cramer, 2011).

Calculado o índice de fiabilidade pelo método *split-half*, os valores de *alfa* de Cronbach foram inferiores ao valor de *alfa* para a globalidade da escala (0,906), já que para a primeira metade se obteve um valor de 0,895 e para a segunda de 0,676

Quadro 11 - Consistência interna da escala de APGAR Familiar

nº	Itens	$\bar{X}$	DP	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ de Cronbach se o item for excluído
1	Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa?	1,43	0,660	0,862	0,768	0,864
2	Está satisfeito com a forma como a sua família discute assuntos?	1,35	0,646	0,773	0,626	0,884
3	Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?	1,48	0,652	0,798	0,702	0,879
4	Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?	1,31	0,637	0,767	0,625	0,885
5	Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?	1,50	0,676	0,633	0,446	0,914
Coeficiente <i>split-half</i>				Primeira metade=0,895	Segunda metade=0,676	
<b><math>\alpha</math> Cronbach Global</b>				<b>0,906</b>		

Aferiu-se a qualidade das correlações e garantiu-se a aplicabilidade do modelo fatorial, usando o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,854) e o teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2=867,127$ ; gl=10;  $p<0,001$ ) que confirmaram a possibilidade de utilizar este procedimento estatístico.

Com os três métodos utilizados na análise dos componentes principais (critério Kaiser ou regra do *eigenvalue* superior a 1, *scree plot*) obtivemos uma solução unifatorial, capaz de explicar 73,17% da variância total.

Efetuámos uma matriz de correlação de Pearson entre os itens e o índice global (cf. Quadro 12). Da sua análise, verificámos que as correlações entre os diferentes itens são positivas, oscilando entre uma associação moderada (0,511) entre o item 4 com o item 5 e alta (0,819) entre o item 1 com o item 3.

No que se refere às correlações existentes entre os cinco itens e o valor global da escala são positivas e significativamente correlacionadas, oscilando entre  $r=0,767$  do item 5 e  $r=0,916$  do item 1.

Quadro 12 - Matriz de correlação entre os itens e o valor global da escala de APGAR Familiar

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5
Item 2	0,722***				
Item 3	0,819***	0,674***			
Item 4	0,707***	0,732***	0,700***		
Item 5	0,660***	0,540***	0,543***	0,511***	
Valor global	0,916**	0,858**	0,875**	0,853**	0,767**

\*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$

#### 1.4.4 - Escala de Apoio Social.

A família é o núcleo sólido da rede primária de suporte social. A componente social remete para a relação da pessoa com o meio, em níveis distintos dessa mesma relação e a componente apoio remete para as atividades instrumentais e expressivas. O apoio social consiste no grau em que as necessidades sociais básicas da pessoa (de afiliação, de afeto, pertença, identidade, segurança e aprovação) são satisfeitas através de intervenções com os outros (Matos & Ferreira, 2002).

A *Escala de Apoio Social* (EAS) estuda os aspetos quantitativos e funcionais do apoio social, “avaliando a disponibilidade do apoio emocional, instrumental e informativo. Trata-se duma escala de autorresposta que permite obter uma medida do grau em que a pessoa avalia o seu apoio social” (Matos & Ferreira, 2002, p. 244). É constituída por 16 questões com respostas tipo *likert* de um a cinco pontos, de tal forma que quanto mais alto é o valor da EAS, maior é a perceção de apoio social de que dispõe. Os itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16 foram elaborados de forma negativa, sendo neste caso as pontuações invertidas. Os resultados podem variar de 16 a 80 pontos, sendo os valores médios, para a população portuguesa, em geral de 64,87 (DP=8,32).

Esta escala mostrou ter uma boa fiabilidade. As suas autoras obtiveram um *alfa* de Cronbach de 0,849 para uma amostra de 214 indivíduos e uma correlação teste-reteste (num espaço de 4 semanas) de 0,957. Uma análise fatorial, com rotação ortogonal de tipo varimax, revelou a existência de três fatores com raízes latentes superiores a 1, que explicam 49,88% da variância total. Os fatores extraídos foram os seguintes: (1) *apoio informativo* contribui para 32,38% da variância total e corresponde aos itens 1, 6, 7, 8, 9 e 10; (2) *apoio emocional* explica 8,93% da variância total e corresponde aos itens 2, 3, 4, 5 e 11 e (3) *apoio instrumental* constituído pelos itens 12, 13, 14, 15 e 16, contribuiu para 8,57% da variância total.

#### **Avaliação das propriedades psicométricas da EAS na amostra em estudo**

Para o estudo da homogeneidade dos itens, procedeu-se às estatísticas descritivas (médias e DP) e às correlações obtidas entre cada item e o valor global (cf. Quadro 13). Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diversos itens permitem-nos dizer que se encontram bem centrados, à exceção dos itens 12 e 13 que apresentam maior variabilidade.

Quanto às correlações estas são moderadas, oscilando entre 0,443 (item 2) e 0,682 (item 6) e altas com valores entre 0,719 (item 10) e 0,763 (item 7), revelando homogeneidade, ou seja, os itens medem o mesmo constructo.



A fiabilidade da escala foi avaliada pela consistência interna, estimada pelo coeficiente de *alfa* de Cronbach (0,899), que é indicador de uma boa consistência interna, sendo ligeiramente superior ao da escala original (0,849). Como seria expectável, o valor do índice de fiabilidade do *split-half* foi ligeiramente inferior, dado ser mais sensível à variabilidade do que o índice de Cronbach (Marôco & Garcia-Marques, 2006; Marôco, 2010; Bryman & Cramer, 2011).

Quadro 13 - Consistência interna da EAS

nº	Itens	$\bar{X}$	DP	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ de Cronbach se o item for excluído
1	Se tiver um problema grave, sei que alguém se levantaria ao meio da noite para falar comigo	3,60	0,68	0,553	0,539	0,894
2	Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou realmente	4,19	0,87	0,443	0,416	0,898
3	Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas	3,47	0,76	0,632	0,737	0,891
4	Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos e medos sei de alguém que me ouviria com prazer	3,37	0,74	0,597	0,658	0,892
5	Não tenho ninguém a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido	4,03	0,91	0,616	0,530	0,891
6	As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e de bem-estar	3,50	0,69	0,682	0,758	0,890
7	Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema	3,39	0,65	0,763	0,716	0,888
8	Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas	3,13	0,70	0,525	0,690	0,895
9	Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios	3,07	0,68	0,561	0,642	0,894
10	Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou qualquer outra situação de emergência	3,51	0,65	0,719	0,657	0,889
11	Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta dos meus filhos (ou de outros familiares que dependam de mim), quando quero sair por algum tempo ou divertir-me	3,09	0,95	0,549	0,588	0,894
12	Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem possa recorrer	3,46	1,10	0,521	0,546	0,897
13	Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (por exemplo comida, tomar conta do correio, etc)	3,77	1,01	0,553	0,691	0,894
14	Quando me sinto com demasiadas responsabilidades e exigências profissionais, não tenho ninguém que me "estenda a mão"	3,80	0,94	0,531	0,675	0,895
15	Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei a quem recorrer	2,90	0,86	0,458	0,321	0,897
16	Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas não tenho quem me ajude.	3,73	0,95	0,604	0,617	0,892
<b><math>\alpha</math> Cronbach Global</b>		<b>0,899</b>				
Coeficiente <i>split-half</i>				Primeira metade=0,866	Segunda metade=0,826	

Na prossecução do estudo verificámos uma correlação significativa entre os itens, o que se confirma através do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,879) e do teste de Bartlett ( $\chi^2=2607,40$ ; gl=120; p<0,001), pelo que podemos aplicar o modelo fatorial.

Numa primeira análise exploratória com a totalidade dos itens, constatámos que a estrutura fatorial obtida de acordo com a regra do *eigenvalue* é superior a 1, traduziu-se em quatro fatores cujos valores variaram entre 1,066 e 6,847 e que no seu conjunto

explicam 72,88% da variância total da escala, com 42,79%, 15,53%, 7,90% e 6,66% para os fatores 1, 2, 3 e 4, respetivamente.

Como o critério de Kaiser frequentemente superestima o número de fatores é fundamental analisar o gráfico de *scree plot*, que demonstra que a inflexão (cotovelo) surge no 3º ponto (cf. Figura 4), o que traduz uma estrutura tridimensional.

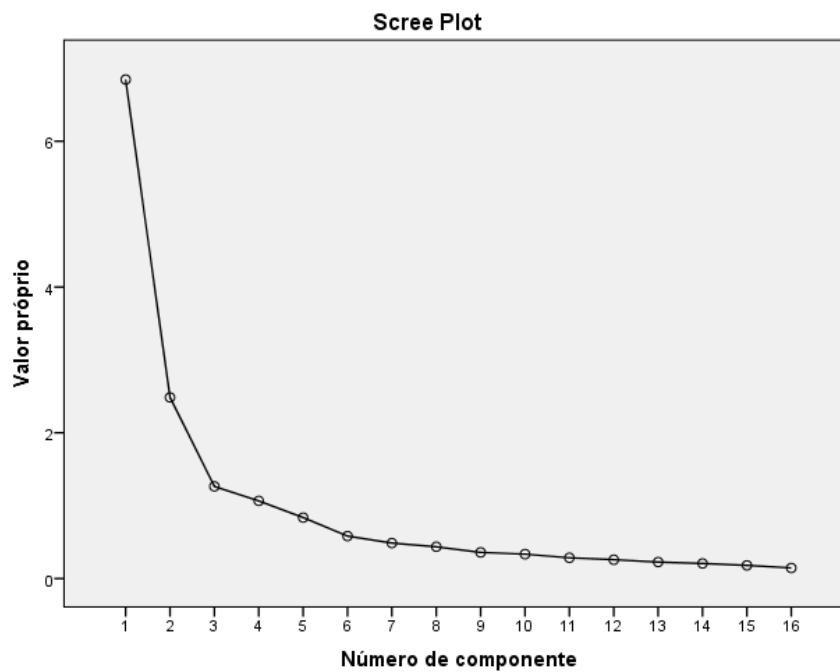


Figura 4 - Variâncias de *scree plot* da EAS

Assim, tendo por base o resultado do gráfico de *scree plot* e o constructo tridimensional do suporte social – segundo a perspetiva funcional está subdividido em três categorias: informativa, emocional e instrumental ou material (Pais-Ribeiro, 2004; Scheurer et al., 2012) procedemos à análise da mesma forçada a três componentes (cf. Quadro 14). Nesta organização dos itens, a solução fatorial encontrada explica aproximadamente 62,23% da variância total, com um contributo de 42,79% do componente 1 (itens 3, 6, 4, 1, 10, 11, 15 e 2), de 15,53% do componente 2 (itens 13, 14, 16, 12 e 5) e de 7,09% do componente 3 (itens 8 e 9 e 7).

A designação dos fatores foi mantida, sendo que no presente estudo a ordem da sua apresentação é diferente, pelo que optámos pela seguinte sequência: *apoio emocional*, *apoio instrumental* e *apoio informativo*.

Verificámos que a organização dos 16 itens mostra algumas diferenças relativamente à versão das autoras, no que se refere ao seu arranjo nos componentes.

Ao analisarmos o conteúdo dos itens 1, 6, e 10, que na escala original se agruparam no fator *apoio informativo*, parece-nos ser adequado que passe a integrar o

*apoio emocional*, na medida em que o conteúdo dos itens nos remete, no geral, para a função emocional que engloba a compreensão, o afeto e a estima.

O item 15, “quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei a quem recorrer”, passou a integrar o *apoio emocional* vindo do *apoio instrumental*. Contudo, torna-se difícil, em certas situações, diferenciar estes dois tipos de suporte, uma vez que um conselho pode ser percebido pelo sujeito como expressão de carinho e preocupação por ele.

O mesmo acontece com o item 5, “não tenho ninguém a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido”, que anteriormente se enquadrava no fator *apoio emocional*, passou para o *apoio instrumental*. Provavelmente os indivíduos perceberam o apoio como sendo caracterizado pela prestação de ajuda direta ou de serviços, como empréstimos de dinheiro, de objetos ou de ajudas domésticas. Pela mesma razão e apesar do item 7, “tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema”, ter obtido maior peso fatorial no *apoio emocional*, passou a integrar o fator *apoio informativo*.

Quadro 14 - Análise fatorial em componentes principais da EAS

nº	Itens	1º Fator	2º Fator	3º Fator	h <sup>2</sup>
3	Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas	<b>0,879</b>			0,703
6	As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e de bem-estar	<b>0,875</b>			0,553
4	Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos e medos sei de alguém que me ouviria com prazer	<b>0,792</b>			0,602
1	Se tiver um problema grave, sei que alguém se levantaria ao meio da noite para falar comigo	<b>0,763</b>			0,793
10	Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou qualquer outra situação de emergência	<b>0,722</b>		0,336	0,773
11	Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta dos meus filhos (ou de outros familiares que dependam de mim), quando quero sair por algum tempo ou divertir-me	<b>0,711</b>			0,739
15	Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei a quem recorrer	<b>0,416</b>			0,819
13	Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (por exemplo comida, tomar conta do correio, etc.)		<b>0,869</b>		0,278
14	Quando me sinto com demasiadas responsabilidades e exigências profissionais, não tenho ninguém que me "estenda a mão"		<b>0,837</b>		0,878
16	Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas não tenho quem me ajude.		<b>0,823</b>		0,660
12	Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem possa recorrer		<b>0,801</b>		0,524
5	Não tenho ninguém a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido		<b>0,588</b>	0,311	0,692
2	Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou realmente	<b>0,378</b>	0,364		0,802
8	Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas			<b>0,896</b>	0,274
9	Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios			<b>0,843</b>	0,770
7	Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema	0,657	0,307	<b>0,458</b>	0,735
<b>Eigenvalues</b>		6,847	2,485	1,264	
<b>% Variância</b>		42,792	15,531	7,902	
<b>% Cumulativa</b>		42,792	58,322	66,225	

Nota: com rotação ortogonal, pelo método varimax forçada a 3 fatores, com extração de itens com peso fatorial > 0,30

Na continuação do estudo da fiabilidade da EAS, apresentamos no Quadro 15 os parâmetros de validade e de precisão das subescalas de Apoio Social.

O item que mais se correlaciona com os restantes é o item 6 ( $r=0,803$ ), “*as minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e de bem-estar*”, com cerca de 72,3% da variabilidade deste item a ser traduzido pelos restantes, o que comprova a forte correlação e importância dos seus resultados para esta subescala. O item que apresenta menor correlação é o item 2, “*não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou realmente*” ( $r=0,374$ ), explicando apenas 24,2% da variabilidade.

Quanto à consistência dos fatores, os valores de *alfa* podem considerar-se bons ao obter um valor de 0,870 para o fator 1 (*apoio emocional*), 0,871 para o fator 2 (*apoio instrumental*) e 0,841 para o fator 3 (*apoio informativo*).

Quadro 15 - Consistência interna e correlação por item dos três fatores da EAS

nº	Itens	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ de Cronbach se o item for excluído
<b>Apoio emocional</b>				
1	Se tiver um problema grave, sei que alguém se levantaria ao meio da noite para falar comigo	0,638	0,517	0,853
2	Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou realmente	0,374	0,242	0,883
3	Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas	0,802	0,728	0,834
4	Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos e medos sei de alguém que me ouviria com prazer	0,728	0,625	0,843
6	As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e de bem-estar	0,803	0,723	0,837
10	Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou qualquer outra situação de emergência	0,735	0,575	0,845
11	Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta dos meus filhos (ou de outros familiares que dependam de mim), quando quero sair por algum tempo ou divertir-me	0,617	0,536	0,857
15	Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei a quem recorrer	0,446	0,284	0,875
<b><math>\alpha</math> Cronbach</b>			<b>0,870</b>	
<b>Apoio instrumental</b>				
5	Não tenho ninguém a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido	0,531	0,295	0,881
12	Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem possa recorrer	0,694	0,493	0,847
13	Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (por exemplo: comida, tomar conta do correio, etc)	0,780	0,662	0,822
14	Quando me sinto com demasiadas responsabilidades e exigências profissionais, não tenho ninguém que me "estenda a mão"	0,753	0,605	0,831
16	Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas não tenho quem me ajude	0,742	0,559	0,833
<b><math>\alpha</math> Cronbach</b>			<b>0,871</b>	
<b>Apoio informativo</b>				
7	Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema	0,610	0,373	0,865
8	Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas	0,764	0,617	0,719
9	Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios	0,747	0,602	0,736
<b><math>\alpha</math> Cronbach</b>			<b>0,841</b>	

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

resultados obtidos que apresentámos no Quadro 16, verificámos que entre os fatores *apoio instrumental* e *apoio emocional* se registam as correlações mais baixas ( $r=0,411$ ), sendo superiores entre os fatores *apoio emocional* e *apoio informativo* com  $r=0,640$ , revelando uma correlação moderada.

As correlações entre os três fatores e o valor global da escala são positivas e significativamente correlacionadas e oscilam entre  $r=0,760$ , no *apoio informativo* e  $r=0,867$ , no *apoio emocional*.

Se um item mostrasse uma correlação  $\geq 0,90$  com outro item da mesma subescala, levar-nos-ia a supor que estariam a avaliar conceitos sobreponíveis e, portanto, redundantes.

*Quadro 16 - Correlação de Pearson entre os fatores e o valor global da EAS*

	Apoio Informativo	Apoio Emocional	Apoio Instrumental
Apoio Emocional	0,640***		
Apoio Instrumental	0,433***	0,411***	
Valor global da EAS	0,760***	0,867***	0,787***

\*\*\* -  $p < 0,001$

Os resultados do estudo psicométrico da EAS apontam para valores adequados, que garantem aos instrumentos boas qualidades psicométricas, designadamente de validade e de fidelidade. Assim a EAS pretende estudar os aspetos quantitativos e funcionais do apoio social, avaliando a disponibilidade de apoio emocional, instrumental, informativo e valor global.

#### **1.4.5 - Questionário de Crenças acerca dos Fármacos.**

O *Questionário de Crenças acerca dos Fármacos* (QCF) é a versão portuguesa do *Beliefs about Medicines Questionnaire*, desenvolvido por Horne, Weinman e Hankins em 1997 (Pereira & Silva, 1998), com o objetivo de avaliar as representações cognitivas que os indivíduos fazem em relação aos fármacos.

A escala original inclui duas secções: QCF-Geral e QCF-Específica que avaliam as crenças acerca da utilização de fármacos em geral, ou em indivíduos com alguma doença específica, no sentido de avaliar as suas crenças relativas aos fármacos, de uso pessoal, prescritos para o seu problema de saúde específico.

Neste estudo foi utilizada a secção QCF-Específica. Esta escala é constituída por dois fatores com 5 itens cada um, que avaliam as crenças dos doentes acerca da

*necessidade específica* da medicação que lhes foi prescrita (itens 1, 3, 4, 7 e 10) e das *preocupações específicas* relacionadas com os perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo (itens 2, 5, 6, 8 e 9).

Os itens são cotados numa escala com resposta de tipo Likert de 5 pontos (1=*discordo totalmente*; 2=*discordo*; 3=*não tenho a certeza*; 4=*concordo*; 5=*concordo totalmente*), variando o total em cada uma das subescalas entre 5 e 20.

Na subescala *necessidade específica*, quanto mais elevada é a cotação obtida, mais forte é a crença do doente acerca da necessidade dos fármacos prescritos. Na subescala *preocupações específicas*, quanto mais elevada é a cotação obtida, mais forte é a crença dos doentes acerca do potencial nocivo dos fármacos (representações dos mesmos como sendo prejudiciais).

### Estudo Psicométrico do QCF-Específica na amostra em estudo

Uma vez mais, para a análise da coerência existente nas respostas dos indivíduos a cada um dos itens do QCF-Específica, foi usado o coeficiente *alfa* de Cronbach global (cf. Quadro 17), que evidenciou um razoável nível de consistência interna ( $\alpha=0,746$ ), valor similar ao da escala original (0,741).

As correlações obtidas são aceitáveis (Vaz Serra, 2000; Bryman & Cramer, 2011; Marôco, 2010), sendo a mais baixa no item 5, “às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo” ( $r=0,210$ ) e a mais elevada corresponde ao item 8 ( $r=0,569$ ), “os meus medicamentos desorganizam a minha vida”, explicando, respetivamente, 28,0% e 40,6%.

Quadro 17 - Consistência interna do QCF-Específica

nº	Itens	$\bar{X}$	DP	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ de Cronbach se o item for excluído
1	Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	4,17	0,52	0,325	0,427	0,709
2	Ter que tomar medicamentos preocupa-me	2,66	1,04	0,410	0,268	0,695
3	A minha vida seria impossível sem medicamentos	4,12	0,67	0,398	0,521	0,697
4	Sem medicamentos eu estaria muito doente	4,17	0,60	0,425	0,551	0,696
5	Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	3,20	0,95	0,210	0,280	0,730
6	Os meus medicamentos são um mistério para mim	2,84	1,05	0,470	0,373	0,682
7	A minha saúde, no futuro, irá depender de medicamentos	4,10	0,61	0,405	0,410	0,698
8	Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	2,58	1,02	0,569	0,406	0,661
9	Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos	3,09	0,99	0,329	0,281	0,710
10	Os meus medicamentos impedem que eu fique pior	4,21	0,57	0,394	0,477	0,700
<b><math>\alpha</math> Cronbach Global</b>		<b>0,746</b>				
Coeficiente split-half		Primeira metade=0,503		Segunda metade=0,643		

De seguida, utilizamos o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,766) e o teste de Bartlett ( $\chi^2=786,257$ ; gl=45;  $p<0,001$ ), cujos valores são satisfatórios e permitem a análise fatorial.

Obtiveram-se dois componentes através do método de rotação varimax com normalização de Kaiser (os valores de *eigenvalue* oscilaram entre 2,120 e 3,317) e o total da variância, explicado pelos dois fatores, corresponde a 54,37% (o primeiro fator explica 33,17% e segundo explica 21,20%). Desta forma, obteve-se uma estrutura igual à escala original (cf. Quadro 18).

Apesar dos itens 6, “os meus medicamentos são um mistério para mim” e 8, “os meus medicamentos desorganizam a minha vida” se configurarem no 1º fator devido ao seu peso fatorial, optámos por os colocar no 2º fator, uma vez que o seus conteúdos se enquadram numa definição clara das *preocupações específicas*, que evidencia a crença dos indivíduos acerca do potencial nocivo dos fármacos.

As comunalidades ( $h^2$ ) são aproximadas ou superiores a 0,5, o que indicia a proporção de variância que um item partilha com todo os restantes itens, isto é, em que medida cada item se relaciona com os fatores.

*Quadro 18 - Análise fatorial em componentes principais do QCF-Específica*

nº	Itens	1º Fator	2 Fator	$h^2$
4	Sem medicamentos eu estaria muito doente	<b>0,773</b>		0,654
3	A minha vida seria impossível sem medicamentos	<b>0,740</b>		0,600
10	Os meus medicamentos impedem que eu fique pior	<b>0,736</b>		0,596
7	A minha saúde, no futuro, irá depender de medicamentos	<b>0,731</b>		0,576
1	Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	<b>0,654</b>		0,495
8	Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	0,543	<b>0,532</b>	0,579
6	Os meus medicamentos são um mistério para mim	0,489	<b>0,452</b>	0,453
9	Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos		<b>0,722</b>	0,549
5	Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo		<b>0,677</b>	0,459
2	Ter que tomar medicamentos preocupa-me		<b>0,617</b>	0,478
<b>Eigenvalues</b>		3,317	2,120	
<b>% Variância</b>		33,17	21,20	
<b>% Cumulativa</b>		33,17	54,37	

**Nota** : com rotação ortogonal, pelo método varimax com extração de itens, com peso fatorial > 0,30

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, apresentámos no Quadro 19 os parâmetros de validade e de precisão das subescalas.

Efetuada a correlação de item total corrigida, observámos que o item que mais se correlaciona com os restantes, para a subescala *necessidade específica* da medicação, é o item 4 ( $r=0,691$ ), “sem medicamentos eu estaria muito doente”, com cerca de 53,9% da

variabilidade deste item a ser traduzido pelos restantes, o que comprova a moderada correlação e importância dos seus resultados.

Já o item 5, “às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo”, da subescala *preocupações específicas*, relacionada com efeitos secundários, é aquela que apresenta a correlação mais baixa, explicando 24,7% da sua variabilidade.

A determinação do coeficiente *alfa* de Cronbach indica-nos para todos os itens uma consistência boa de 0,703, na dimensão *preocupações específicas* e 0,830, na *necessidade específicas*.

Quadro 19 - Consistência interna e correlação por item do QCF-Específica

nº	Itens	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	α de Cronbach se o item for excluído
<b>Necessidade específica</b>				
1	Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	0,559	0,395	0,815
3	A minha vida seria impossível sem medicamentos	0,656	0,516	0,789
4	Sem medicamentos eu estaria muito doente	0,691	0,539	0,777
7	A minha saúde, no futuro, ira depender de medicamentos	0,627	0,397	0,796
10	Os meus medicamentos impedem que eu fique pior	0,613	0,436	0,800
<b>α Cronbach</b>			<b>0,830</b>	
<b>Preocupações específicas</b>				
2	Ter que tomar medicamentos preocupa-me	0,471	0,251	0,648
5	Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os meus medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	0,369	0,247	0,688
6	Os meus medicamentos são um mistério para mim	0,428	0,328	0,667
8	Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	0,537	0,369	0,620
9	Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos	0,489	0,260	0,641
<b>α Cronbach</b>			<b>0,703</b>	

De acordo com os resultados obtidos pela matriz de correlação de Pearson, entre os itens e o índice global da dimensão *necessidade específica* (cf. Quadro 20), verificámos que as correlações entre os diferentes itens são positivas, oscilando entre uma associação moderada (0,371), entre o item 3 com o item 1 e o índice mais elevado (0,689), entre o item 4 com o item 3.

No que se refere às correlações existentes entre os cinco itens e o valor global da dimensão *necessidade específica*, são positivas e significativamente correlacionadas, oscilando entre  $r=0,704$  do item 1 e  $r=0,815$  do item 4.



Quadro 20 - Matriz de correlação entre os itens e a dimensão necessidade específica

	Item 1	Item 3	Item 4	Item 7	Item 10
Item 3	0,371***				
Item 4	0,407***	0,689***			
Item 7	0,440***	0,526***	0,549***		
Item 10	0,594***	0,449***	0,466***	0,456***	
Necessidades específicas	0,704***	0,806***	0,815***	0,775***	0,755***

\*\*\* -  $p < 0,001$

Procurámos, ainda, saber a correlação entre os diferentes itens e destes com a dimensão *preocupações específicas* (cf. Quadro 21). Procedemos de igual modo à realização do teste correlação de Pearson, onde averiguámos que as correlações entre os diferentes itens são positivas, oscilando entre uma associação baixa (0,279), entre o item 6 com o 5 e o índice mais elevado (0,546), entre o item 8 com o 6.

Quanto à correlação entre os itens e o valor da dimensão *preocupações específicas* são positivas e significativamente correlacionadas e oscilam entre  $r=0,597$  do item 5 e  $r=0,732$  do item 8.

Quadro 21 - Matriz de correlação entre os itens e a dimensão preocupações específicas

	Item 2	Item 5	Item 6	Item 8	Item 9
Item 5	0,396***				
Item 6	0,286***	0,279***			
Item 8	0,360***	0,299***	0,546***		
Item 9	0,311***	0,391***	0,315***	0,347***	
Preocupações específicas	0,691***	0,597***	0,661***	0,732***	0,695***

\*\*\* -  $p < 0,001$

#### 1.4.6 - Medida de Adesão ao Tratamento.

A adesão aos tratamentos farmacológicos foi avaliada através da “*Medida de Adesão ao Tratamento*” (MAT). É um instrumento validado por Delgado e Lima (2001), a partir da medida de adesão apresentada por Morisky et al. (1986). Possui 7 itens, dos quais os itens 1, 2, 3, 4 e 5 foram adaptados da Escala de Morisky et al. (1986), o item 6 de Ramalhinho (1994) e o item 7 de Shea, Misra, Ehrlich, Field & Francis (1992). As questões são respondidas numa escala do tipo Likert com classificação de um a seis pontos (*sempre=1, quase sempre=2, com frequência=3, por vezes=4, raramente=5 e nunca=6*). O nível de adesão obtém-se somando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Valores mais elevados significam maior nível de adesão.

Segundo os autores, a escala pode ser convertida numa escala dicotómica, com base no ponto de corte da mediana, para determinar a prevalência da adesão.

Os dados recolhidos pelos autores demonstraram boa consistência interna da medida de sete itens de adesão ao tratamento, numa escala de tipo Likert, sendo o valor de *alfa* de Cronbach de 0,74. Os resultados das amplitudes das correlações item-teste revelaram que cada um dos sete itens, da medida de adesão, contribui significativamente para a consistência da mesma e a exclusão de qualquer um dos itens não melhorava a consistência interna da medida de adesão.

### Avaliação das propriedades psicométricas da MAT na amostra em estudo

Iniciando pela análise descritiva (cf. Quadro 22) dos resultados da MAT, verificámos que a maioria dos itens da escala ronda os 4,8 pontos (na escala de 1 a 6). Esta pontuação pode ser confirmada se atendermos à média total ( $\bar{X}$  = 33,35 ± 6,54) e que, dividida pelos 7 itens que compõem a escala, traduz-se num resultado médio de 4,76.

Nota-se pelos valores médios que há homogeneidade nas respostas, uma vez que os itens têm uma pontuação que oscila entre 4,52 do item 2 e 4,91 do item 4. Já no que respeita à variabilidade de resposta, esta ocorre em maior grau no item 1 e a menor no item 4. A correlação de item total obtida é considerada adequada, dado que todos os itens registam valores superiores a 0,52 (Vaz Serra, 2000; Bryman & Cramer, 2011; Marôco, 2010), o que revela que os itens medem o mesmo constructo.

Uma vez mais, para a análise da coerência existente nas respostas dos indivíduos a cada um dos itens, foi usado o coeficiente *alfa* de Cronbach (cf. Quadro 22), que evidenciou bons níveis de consistência interna ( $\alpha$ =0,863). Esta escala, garante assim, uma das propriedades psicométricas exigíveis, concretamente a fidelidade dos seus resultados.

Quadro 22 - Consistência interna da MAT

nº	Itens	$\bar{X}$	DP	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	$\alpha$ de Cronbach se o item for excluído
1	Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença?	4,63	0,626	0,598	0,536	0,855
2	Alguma vez foi descuidado com as horas da toma da sua medicação?	4,52	0,601	0,522	0,509	0,866
3	Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por se ter sentido melhor?	4,81	0,514	0,726	0,730	0,830
4	Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	4,91	0,319	0,662	0,643	0,848
5	Alguma vez tomou mais que um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	4,87	0,424	0,683	0,659	0,839
6	Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	4,78	0,452	0,640	0,498	0,844
7	Alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	4,84	0,443	0,772	0,736	0,827
<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>		<b>0,863</b>				
Coeficiente split-half		Primeira metade=0,755			Segunda metade=0,836	

O valor do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,829) é sugestivo de uma excelente correlação entre as variáveis e o teste de esfericidade de Bartlett é significativo ( $\chi^2=1114,75$ ; gl=21;  $p<0,001$ ), pelo que continuamos com a análise fatorial.

Numa primeira análise exploratória, a extração dos fatores pelo método de rotação *varimax* revelou dois fatores com *eigenvalues* superiores a 1 (1,234 e 4,133), o que no conjunto explicavam 76,67% da variância total.

Tendo em conta os critérios de extração de um número mínimo de fatores, de forma a explicar pelo menos 50% da variância total da escala, optámos pela estrutura unifatorial respeitando assim, a estrutura da escala original.

Efetuámos entretanto uma matriz de correlação de Pearson entre os itens e o índice global (cf. Quadro 23). Assim, as correlações entre os diferentes itens são razoáveis e positivas, oscilando entre o itens 4, “alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?” e 2, “alguma vez foi descuidado com as horas da toma da sua medicação?” com ( $r=0,257$ ) e, dos itens 7, “alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?”, com o 3, “alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por se ter sentido melhor?” ( $r=0,805$ ).

No que se refere às correlações existentes entre os sete itens e o valor global da MAT, são positivas e significativamente correlacionadas, oscilando entre  $r=0,623$  do item 4, “alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?” e  $r=0,783$  do item 6, “alguma vez deixou de tomar a medicação para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?”.

Estes resultados permitem-nos inferir que os conceitos não são sobreponíveis nem redundantes.

Quadro 23 - Matriz de correlação entre os itens e o valor global do MAT

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7
Item 2	0,681***						
Item 3	0,445***	0,293***					
Item 4	0,339***	0,257***	0,758***				
Item 5	0,319***	0,274***	0,681***	0,666***			
Item 6	0,437***	0,453***	0,500***	0,403***	0,630***		
Item 7	0,444***	0,368***	0,805***	0,733***	0,729***	0,536***	
Valor global da MAT	0,673***	0,662***	0,717***	0,623***	0,712***	0,783***	0,782***

\*\*\* -  $p < 0,001$

## **1.5 – Procedimentos na recolha de dados e considerações éticas**

Após o pedido, aos autores das diversas escalas para a sua aplicação, procurámos reger a nossa atuação, em todo o processo de investigação, por uma rigorosa conduta ética e legal. Para tal, solicitámos autorização formal para aplicação dos instrumentos de recolha de dados ao centro hospitalar (Anexo II).

Foi também solicitado parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (Anexo III). Como a investigação, no domínio da saúde, envolve seres humanos, foi assegurado a todos os que participaram no estudo de forma voluntária, a garantia da confidencialidade, respeitando desta forma os princípios básicos da Declaração de Helsínquia elaborada pela Associação Médica Mundial (World Medical Association, 2012).

O questionário foi aplicado aos doentes enquanto aguardavam a consulta médica de cardiologia. Para tal utilizámos um gabinete cedido pelo serviço para maior comodidade e privacidade. Seguimos os seguintes procedimentos: (a) apresentação do investigador e (b) explicação da natureza do estudo, garantindo a confidencialidade das respostas, sendo livres de optar pela participação ou não e de abandonar o estudo quando entendessem – Declaração de Consentimento Informado (Anexo IV).

O questionário foi maioritariamente preenchido pelos participantes, contudo, sempre que o nível de literacia era baixo ou outra razão impeditiva da leitura do instrumento, o investigador colocava a questão e anotava a resposta.

## **1.6 – Procedimentos no tratamento dos dados**

Para a análise dos dados, utilizámos a estatística descritiva e a estatística analítica ou inferência.

Com a estatística descritiva determinámos as frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão, designadamente, o coeficiente de variação e o desvio padrão.

Na estatística inferencial utilizámos testes paramétricos e não paramétricos. A estatística paramétrica utilizou-se quando as variáveis de natureza quantitativa apresentavam uma distribuição normal e as variâncias populacionais fossem homogéneas (Pestana & Gageiro, 2008).

Assim, foram utilizados os seguintes testes:

- Teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) para o estudo de relações entre variáveis nominais e dos valores residuais. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos

ajustados<sup>19</sup> estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para  $p=0,05$  (Pestana & Gageiro, 2008).

- Teste *U de Mann-Whitney* e o teste *t de student* para amostras independentes - para comparação de ordenação de médias/médias de uma variável quantitativa em dois grupos de indivíduos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais (Pestana & Gageiro, 2008; Marôco, 2010). A correlação bisserial de Glass ( $gr$ ) é uma medida de associação que mede a intensidade que oscila entre -1 e 1. O coeficiente de determinação ( $gr^2$ ) mede a proporção da variância total de ambas as variáveis que é partilhada pelas mesmas (Gray & Kinnear, 2012).
- Teste de *Kruskal-Wallis* e o teste *One-Way Anova*, os quais permitem ver se existem diferenças no pós-teste entre três ou mais condições experimentais. Assim, para localizar as diferenças estatísticas entre os grupos, efetuámos o teste *post hoc* (Tukey) (Pestana & Gageiro, 2008).
- Regressão, que é um modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa, a partir de uma ou mais variáveis de natureza intervalar ou rácio (Pestana & Gageiro, 2008). Como métodos de estimação na regressão, optámos pelo método de *stepwise*, ou seja, o método passo a passo, que produz tantos modelos quantos os necessários até se conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente. Nos casos em que não foram encontradas variáveis preditoras, apresentámos os resultados tendo em consideração o método de *enter* (Marôco, 2010). Utilizámos como adjuvante da correlação, o coeficiente de Pearson, que é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas (Pestana & Gageiro, 2008; Marôco, 2010).

A apresentação dos resultados efetuar-se-á com o recurso a Quadros onde se apresentarão os dados mais relevantes. Todo o tratamento estatístico para o estudo foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows.

---

<sup>19</sup> Tal como referem Pestana & Gageiro (2008, p.141), o uso dos valores residuais em variáveis nominais, torna-se mais potente que o teste de Qui-Quadrado, na medida em que "(...) os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis", ou "(...) os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis". A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.



## Capítulo 2 – Resultados

De forma sequencial efetuaremos a descrição das variáveis estudadas: designadamente, as clínicas, as farmacológicas, os serviços de saúde, os estilos de vida, as sociofamiliares, as crenças acerca da medicação e a adesão ao tratamento, privilegiando a análise em função do sexo, dado que a literatura a considera um fator fundamental no contexto da doença cardíaca (Barrett-Connor, 1997; Nicholls et al., 2007; Pepine, 2008; Blum & Blum, 2009; Granger et al., 2009; Lunelli, Portal, Esménil, Moraes & Souza, 2009; Finn, Nakano, Narula, Kolodgie & Virmani, 2010; Hamm et al., 2011; Lamba et al., 2012; Hüther et al., 2013; Sharma & Gulati, 2013).

### 2.1 – Caracterização clínica

No Quadro 24 apresentámos os dados referentes às características clínicas, que nos permitiram identificar a situação de doença dos participantes que compõem a amostra, bem como as intervenções terapêuticas a que foram submetidos, fatores de risco, a classificação funcional e o índice de massa corporal.

Quanto à SCA, a “*angina instável*” e o “*EAM com supra ST*” foram os diagnósticos mais representativos com 41,7 % e 39,4%, respetivamente e apenas 18,9% dos participantes tiveram “*angina instável*”.

Para 40,9% dos participantes, a doença foi diagnosticada há “*um*” ano e 28,3% há “*dois*” anos. Relativamente ao sexo, apurámos diferenças entre os valores percentuais (2,1), que se situaram nos homens cujo diagnóstico da doença foi feito há quatro anos.

A maioria dos participantes (74,8%) teve pela primeira vez a SCA. Verificámos que os homens foram os que mais sofreram pela primeira vez a SCA ( $\chi^2=5,899$ ,  $p=0,015$ ).

Quanto à extensão da lesão, verificámos que a maioria (52,7%) registou “*doença de um vaso*”, sendo a mais comum em ambos os sexos. A “*doença de dois vasos*” foi o segundo grupo mais representativo, com 31,1%, sendo que a distribuição por sexo é similar.

No que concerne ao tratamento efetuado na fase aguda, verificámos que o mais praticado foi o “*conservador*”, com 43,3% e a “*angioplastia primária*”, com 42,5%.

A análise das respostas relativas aos fatores de risco reportou-se somente às respostas afirmativas. Averiguámos que 98,4% dos participantes apresentaram fatores de risco, sendo que os quatro fatores de risco predominantes corresponderam à “HTA” (74,8%), “*dislipidémia*” (73,2%), “*obesidade*” (50,4%) e “*diabetes*” (27,6%). Constatámos

ainda que as mulheres são significativamente mais hipertensas do que os homens ( $\chi^2=12,272$ ,  $p<0,001$ ). Constatámos ainda que, 35,1% dos participantes possuía “três” fatores de risco, seguido com “dois” (29,8%) e com “quatro e cinco” registámos 20,5%.

Quando questionados sobre a capacidade funcional, 52,0% dos participantes referiram que a doença cardíaca foi assintomática e não lhes acarretou qualquer limitação, 34,6% manifestaram “limitação a atividades quotidianas” (tais como andar rápido, subir escadas e carregar compras). Com “acentuada limitação a atividades simples / severa limitação em repouso” encontrámos 13,4% dos participantes, sendo que as mulheres registaram maior prevalência do que os homens (24,2% vs 9,5%;  $p=0,009$ ).

O Índice de Massa Corporal (IMC) representa um valor que nos dá a relação entre o peso e a altura, sendo que o valor mínimo apresentado é de 18,29 e o máximo 37,80, com uma média de  $27,27 \pm 3,42$ . Numa segunda análise, constatámos que a maioria dos participantes (75,6%) apresentou excesso de peso/obesidade, 55,9% apresentavam “excesso de peso”, 16,5% “pré-obesidade” e 3,1% “obesidade de grau 1”. É de salientar que não se registaram participantes com obesidade de grau 2 e 3.

Se recodificarmos o IMC no ponto de corte  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> constituímos dois grupos: os de baixo peso ou peso normal e os que apresentavam excesso de peso. Verificámos ainda que a maioria dos participantes (75,6%) apresentava excesso de peso, dos quais os homens são mais representativos (79,8% vs. 63,6%;  $p=0,009$ ).



Quadro 24 - Caracterização clínica em função do sexo

	Masculino (n = 188)		Feminino (n = 66)		Total (n = 254)		Residuais		$\chi^2$ / p
	N	%	N	%	N	%	Masc	Fem	
<b>Diagnóstico clínico</b>									
Angina Instável	80	31,5	26	10,2	106	41,7	0,4	-0,4	$\chi^2=1,618$ p=0,445
Sem supra ST	38	15,0	10	3,9	48	18,9	0,9	-0,9	
Com supra ST	70	27,6	30	11,8	100	39,4	-1,2	1,2	
<b>Tempo de diagnóstico da doença</b>									
Quatro anos	38	20,2	6	9,1	44	17,3	2,1	-2,1	$\chi^2=6,788$ p=0,079
Três anos	22	11,7	12	18,2	34	13,4	-1,3	1,3	
Dois anos	56	29,8	16	24,2	72	28,3	0,9	-0,9	
Um ano	72	38,3	32	48,5	104	40,9	-1,4	1,4	
<b>Reincidência da doença</b>									
Não	148	78,7	42	63,6	190	74,8	2,4	-2,4	$\chi^2=5,899$ p=0,015
Sim	40	21,3	24	36,3	64	25,2	-2,4	2,4	
<b>Extensão de EAM</b>									
Doença de um vaso	58	53,7	20	50,0	78	52,7	0,4	-0,4	$\chi^2=2,785$ p=0,248
Doença de dois vasos	30	27,8	16	40,0	46	31,1	-1,4	1,4	
Doença de três vasos	20	18,5	4	10,0	24	16,2			
<b>Tratamento</b>									
Fibrinólise	6	3,2	2	3,0	8	3,1	0,1	-0,1	$\chi^2=0,503$ p=0,918
Angioplastia primária	78	41,5	30	45,5	108	42,5	-0,6	0,6	
Conservador	82	43,6	28	42,4	110	43,3	0,2	-0,2	
Cirurgia	22	11,7	6	9,1	28	11,0	0,6	-0,6	
<b>Fatores de risco</b>									
Sim	184	97,9	64	97,0	248	98,4	Não aplicável <sup>20</sup>		
Não	4	2,1	2	3,0	6	2,4			
<b>Fatores de risco</b>									
HTA	130	69,1	60	90,9	190	74,8	-3,5	3,5	p<0,001
Dislipidemia	136	72,3	50	75,8	186	73,2	-0,5	0,5	p=0,590
Obesidade	94	50,0	34	51,5	128	50,4	-0,2	0,2	p=0,832
Diabetes	54	28,7	16	24,2	70	27,6	0,7	-0,7	p=0,483
Hábitos tabágicos	18	9,6	-	0,0	18	7,1	Não aplicável		
Stress	26	13,8	6	9,1	32	12,6	-1,0	1,0	p=0,318
Antecedentes familiares	32	17,0	6	9,1	38	15,0	1,6	-1,6	p=0,081
Uso de bebidas alcoólicas	10	5,3	-	0,0	10	3,9	Não aplicável		
Sedentarismo	2	1,1	-	0,0	2	0,8	Não aplicável		
<b>Fatores de risco associados</b>									
Um	30	16,3	6	9,4	36	14,5	1,4	-1,4	$\chi^2=6,742$ p=0,081
Dois	52	28,3	22	34,4	74	29,8	-0,9	0,9	
Três	59	32,1	28	43,8	87	35,1	-1,7	1,9	
Quatro e cinco	43	23,3	8	12,5	51	20,5	1,9	-1,9	
<b>Classificação Funcional</b>									
Sem sintomas ou manifestações	104	55,3	28	42,4	132	52,0	1,8	-1,8	$\chi^2=9,459$ p=0,009
Limitação a atividades quotidianas	66	35,1	22	33,3	88	34,6	0,3	0,3	
Com acentuada limitação a atividades simples / severa limitação em repouso	18	9,5	16	24,2	34	13,4	-3,0	3,0	
<b>IMC</b>									
Peso normal	38	20,2	24	36,4	62	24,4	-2,6	2,6	$\chi^2=6,906$ p=0,009
Excesso de peso	150	79,8	42	63,6	192	75,6	2,6	-2,6	

<sup>20</sup> Não aplicável - A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna

## 2.2 – Caracterização da terapêutica farmacológica

O Quadro 25 permitiu-nos analisar os dados referentes à terapêutica farmacológica, nomeadamente ao tipo de medicação, quantidade de comprimidos e efeitos secundários da medicação.

A análise das respostas relativas ao tipo de medicação incidiu somente nas respostas afirmativas. Constatámos que eram três os medicamentos mais consumidos pelos participantes, correspondendo aos “*antiagregantes plaquetários*” (92,1%), “*estatinas*” (72,4%) e “*anti-hipertensores*” (70,9%). Os homens consumiram mais “*estatinas*” ( $\chi^2=14,304$ ,  $p<0,001$ ) e as mulheres “*antiarrítmicos*” ( $\chi^2=10,851$ ,  $p=0,001$ ).

Observámos que 76,4% dos participantes consideraram que os comprimidos que tomaram foram os “*necessários*”, sendo que para as mulheres o número de comprimidos foram “*excessivos*” e para os homens foram os “*necessários*” ( $\chi^2=8,024$ ,  $p=0,005$ ).

Da totalidade dos participantes, 14,2% referiram ter dificuldade em seguir a medicação, sendo que as estratégias mais utilizadas para minimizar essa dificuldade foram: “*ajustaram a medicação por sua iniciativa*” (38,5%), usaram a “*caixa semanal de medicação diária*” (30,8%) e solicitaram ao “*profissional um plano escrito*” (23,1%).

Os efeitos secundários foram referidos por 26,8% dos participantes, sendo que as mulheres os manifestaram mais do que os homens ( $\chi^2=7,247$ ,  $p=0,007$ ). As complicações mais frequentes foram: “*perturbação gástrica*” (7,1%), “*fraqueza/fadiga*” (3,9%), “*náuseas*” (3,9%) e “*cefaleias*” (3,1%). Quanto ao sexo, os homens queixaram-se mais de “*perturbações gástricas*” (8,5%) e as mulheres de “*náuseas*” (12,1%).

Quadro 25 - Caracterização da terapêutica farmacológica em função do sexo

	Masculino (n = 188)		Feminino (n = 66)		Total (n = 254)		Residuais		$\chi^2 / p$
	N	%	N	%	N	%	Masc	Fem	
<b>Tipo Medicação</b>									
<i>Estatinas</i>	148	78,7	36	54,5	184	72,4	<b>3,8</b>	-3,8	<b>p&lt;0,001</b>
<i>Antiagregantes plaquetários</i>	174	92,6	60	90,9	234	92,1	0,4	-0,4	p=0,670
<i><math>\beta</math>-bloqueadores</i>	32	17,0	16	24,2	48	18,9	-1,3	1,3	p=0,197
<i>Anti-hipertensores</i>	130	69,1	50	75,8	180	70,9	-1,0	1,0	p=0,309
<i>Antidiabéticos orais</i>	56	29,8	14	21,2	70	27,6	1,3	-1,3	p=0,180
<i>Antiarrítmicos</i>	36	19,1	26	39,4	62	24,4	-3,3	<b>3,3</b>	<b>p=0,001</b>
<i>IECAS</i>	38	20,2	12	18,2	50	19,7	0,4	-0,4	p=0,721
<b>Quantidade da medicação prescrita</b>									
<i>São excessivos</i>	36	19,1	24	36,4	60	23,6	-2,8	<b>2,8</b>	$\chi^2=8,024$
<i>São os necessários</i>	152	80,9	42	63,6	194	76,4	<b>2,8</b>	-2,8	<b>p=0,005</b>
<b>Dificuldade em seguir a medicação</b>									
<i>Sim</i>	24	12,8	12	18,2	36	14,2	-1,1	1,1	$\chi^2=1,178$
<i>Não</i>	164	87,2	54	81,8	218	85,8	1,1	-1,1	p=0,278
<b>Estratégias para seguir a medicação</b>									
<i>Caixa semanal de medicação diária</i>	4	25,0	4	40,0	8	30,8			
<i>Ajustar a medicação por sua iniciativa</i>	8	50,0	2	20,0	10	38,5			
<i>Pedir ao profissional para ajustar</i>	2	12,5	-	00	2	7,6			
<i>Solicitar ao profissional um plano escrito</i>	2	12,5	4	40,0	4	23,1			
<b>Efeitos secundários da medicação</b>									
<i>Sim</i>	42	22,3	26	39,4	68	26,8	-2,8	<b>2,7</b>	$\chi^2=7,247$
<i>Não</i>	146	77,7	40	60,6	186	73,2	<b>2,7</b>	-2,7	<b>p=0,007</b>
<b>Tipo de efeitos secundários</b>									
<i>Palpitações</i>	2	1,1	3	4,5	5	2,0			
<i>Fraqueza/fadiga</i>	4	2,1	6	9,1	10	3,9			
<i>Náuseas</i>	2	1,1	8	12,1	10	3,9			
<i>Cefaleias</i>	4	2,1	4	2,1	8	3,1			
<i>Perturbação da visão</i>	4	2,1	-	0,0	4	1,6			
<i>Sonolência</i>	-	00	2	3,0	2	0,8			
<i>Perturbação gástrica</i>	16	8,5	2	3,0	18	7,1			
<i>Hipoglicémia</i>	4	2,1	2	3,0	6	2,4			
<i>Tonturas</i>	4	2,1	2	3,0	6	2,4			
<i>Edemas</i>	2	1,1	-	0,0	2	0,8			

No Quadro 26, apresentámos as estatísticas obtidas relativamente ao número de comprimidos, tempo de toma da medicação e custo mensal da medicação.

Em relação ao número de comprimidos, observámos que o valor mínimo registado foi de 3 comprimidos/dia e o máximo 16, o que equivale a uma média de  $8,05 \pm 3,12$  comprimidos/dia. Quanto ao tempo de toma da medicação, este oscilou entre 0,5 e 10 anos, com uma média de  $2,85 \pm 2,77$  anos. Em relação ao custo mensal da medicação, registou-se um mínimo de 20 euros e um máximo de 150, com uma média de 33,89 euros.

Quadro 26 - Estatísticas relativas ao número de comprimidos, tempo e custo da medicação

		Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	DP	CV (%)	Mean Rank	U Mann-Whitney	p
Nº comprimidos	Masculino	3	16	8,07	3,29	40,80	126,41	6000	0,690
	Feminino	3	15	7,98	2,57	32,23	130,59		
	Valor global	3	16	8,05	3,12	38,73			
Tempo de medicação	Masculino	0,5 ano	10 anos	3,18 anos	2,71	85,22	132,67	5232	0,058
	Feminino	0,5 ano	10 anos	2,86 anos	2,91	101,75	112,77		
	Valor global	0,5 ano	10 anos	3,10 anos	2,77	89,35			
Custo da Medicação	Masculino	20 €	150 €	85,99 €	34,48	40,09	131,22	5505	0,171
	Feminino	30 €	150 €	79,00 €	31,83	40,28	116,91		
	Valor global	20 €	150 €	84,17 v	33,89	40,26			

### 2.3 – Caracterização do recurso aos serviços de saúde

Foram caracterizadas algumas variáveis relacionadas com os serviços de saúde, nomeadamente, acessibilidade aos mesmos (distância), acompanhamento médico, periodicidade, assiduidade, número de consultas e satisfação com as informações dadas sobre os medicamentos prescritos (cf. Quadro 27).

Quanto à distância do domicílio aos serviços de saúde, em média, os participantes residiam a  $16,99 \pm 18,28$  Km, variando entre 0 a 80 Km. A maioria destes referiu deslocar-se em “transporte próprio” (65,4%), e os restantes em “transporte de familiares/vizinhos” (23,6%) e “transporte público/táxi” (11,1%). Se estratificarmos por sexo, constatámos que os homens utilizaram mais o “transporte próprio”, enquanto as mulheres o fizeram através de “transporte de familiares/vizinhos” e “transporte público/táxi” ( $\chi^2=49,49$ ;  $p<0,001$ ).

Verificámos que 35,4% dos participantes referiram “dificuldade em se deslocar ao local da consulta”, sendo que as mulheres referiram mais dificuldade do que os homens, de forma significativa (63,6 vs. 25,4;  $p<0,001$ ). As dificuldades mais invocadas para a deslocação à consulta, para a totalidade da amostra e ambos os sexos, foram “necessitar de acompanhamento”, com 42,2% e “dificuldade no transporte”, com 35,6%.

Identificámos o predomínio de participantes a ser acompanhados exclusivamente pelo “médico cardiologista do hospital” (88,2%), refletindo-se valores percentuais equivalentes em relação aos homens e às mulheres ( $p>0,05$ ).

A maioria (70,1%) dos participantes frequentou as consultas “ $\leq 2$  vez por ano” e corresponde a valores percentuais similares para ambos os sexos.

Quanto à assiduidade às consultas, 90,6% dos participantes mencionaram serem assíduos, enquanto que 9,4% faltaram “algumas vezes”. De igual forma, a maioria dos homens e mulheres mencionou “nunca” ter faltado às consultas.

Quadro 27 - Caracterização do recurso aos serviços de saúde

	Masculino (n = 188)		Feminino (n = 66)		Total (n = 254)		Residuais		$\chi^2 / p$
	N	%	N	%	N	%	Masc	Fem	
<b>Forma de deslocação à consulta</b>									
Transporte próprio	146	77,7	20	30,3	166	65,4	7,0	-7,0	$\chi^2=49,49$ p<0,001
Transporte de familiares/vizinhos	28	14,9	32	48,5	60	23,6	-5,5	5,5	
Transporte público / Táxi	14	7,4	14	21,2	28	11,0	-3,1	3,1	
<b>Dificuldades na deslocação à consulta</b>									
Sim	48	25,5	42	63,6	90	35,4	-5,6	5,6	$\chi^2=31,003$ p<0,001
Não	140	74,5	24	36,4	164	64,6	5,6	-5,6	
<b>Razões da dificuldade na deslocação</b>									
É distante para ir a pé	4	8,3	4	9,5	8	8,9	-0,2	0,2	
Custo financeiro	6	12,5	2	4,8	8	8,9	1,3	-1,3	
Tem dificuldade no transporte	16	33,3	16	38,1	32	35,6	-0,5	0,5	
Necessita de acompanhamento	18	37,5	20	47,6	38	42,2	-1,0	1,0	
Não pode faltar ao trabalho	4	8,3	-	0,0	4	4,4	Não aplicável		
<b>Acompanhamento Médico</b>									
Médico de família	14	7,4	8	12,1	22	8,7	-1,2	1,2	$\chi^2=1,349$ p=0,509
Médico particular (não cardiologista)	6	3,2	8	3,0	14	3,1	0,1	-0,1	
Médico cardiologista do hospital	168	89,4	56	84,8	224	88,2	1,0	-1,0	
<b>Periodicidade das consultas</b>									
≤ 2 vez por ano	134	71,3	44	66,7	178	70,1	0,7	-0,7	$\chi^2=0,130$ p=0,908
> 2 vezes por ano	54	28,7	22	33,3	76	29,9	-0,7	0,7	
<b>Falta às consultas</b>									
Nunca	170	90,4	60	90,9	230	90,6	-0,1	0,1	$\chi^2=0,904$ p=0,539
Algumas vezes	18	9,6	6	9,1	24	9,4	-0,1	0,1	

O Quadro 28 permite-nos analisar as respostas dadas, pelos participantes, em função da satisfação acerca da medicação em relação a cada item. Constatámos que os participantes manifestaram a satisfação em sete do doze itens (1, 2, 3, 4, 5, 8 e 12), sendo que os três mais pontuados foram o item 4, “como tomar a medicação”, com 96,1%, o item 5, “como conseguir mais medicação”, com 85,8% e o item 1, “para que serve a sua medicação”, com 85%.

Para os participantes que manifestaram insatisfação com a informação acerca da medicação, verificámos que os três itens mais pontuados incidiram nos itens 11, “se a medicação vai afetar a sua vida sexual”, com 72,4%, 10, “se a medicação o faz sentir sonolento”, com 70,1% e 9, “se a medicação interfere com outra medicação”, com 55,9%.

Quadro 28 - Satisfação com a informação acerca da medicação

	Informação recebida			Não recebi informação	Não acho necessário ter informação	Satisfeito	Insatisfeito
	Demasiada	Ideal / suficiente	Pouca				
	% (n)	% (n)	% (n)				
1. Para que serve a sua medicação	1,6 (4)	83,5 (212)	10,2 (26)	3,1 (8)	1,6 (4)	85 (216)	15 (38)
2. Quanto tempo demora a ter efeito a medicação	0,8 (2)	55,1 (140)	32,3 (82)	11,8 (30)	-	55,9 (142)	44,1 (112)
3. Por quanto tempo terá de tomar a medicação	1,6 (4)	70,9 (180)	22 (56)	4,7 (12)	0,8 (2)	72,4 (184)	27,6 (70)
4. Como tomar a medicação	3,1 (8)	92,9 (236)	2,4 (6)	0,8 (2)	0,8 (2)	96,1 (244)	3,9 (10)
5. Como conseguir mais medicação	2,4 (6)	83,5 (212)	7,1 (18)	5,5 (14)	1,6 (4)	85,8 (218)	14,2 (36)
6. Se a medicação tem efeitos indesejáveis	0,8 (2)	45,7 (116)	44,9 (114)	8,7 (22)	-	46,5 (118)	53,5 (136)
7. O que deve fazer se sentir efeitos indesejáveis	1,6 (4)	43,3 (110)	46,5 (118)	8,7 (22)	-	44,9 (114)	55,1 (140)
8. Se pode beber álcool enquanto toma esta medicação	3,9 (10)	74,8 (190)	9,4 (24)	8,7 (22)	3,1 (8)	78,7 (200)	21,3 (54)
9. Se a medicação interfere com outra medicação	0,8 (29)	35,4 (90)	52 (132)	11 (28)	0,8 (2)	44,1 (112)	55,9 (142)
10. Se a medicação o faz sentir sonolento	2,4 (6)	27,6 (70)	46,5 (118)	18,9 (48)	4,7 (12)	29,9 (76)	70,1 (178)
11. Se a medicação vai afetar a sua vida sexual	1,6 (4)	26 (66)	31,5 (80)	31,5 (8)	9,4 (24)	27,6 (70)	72,4 (184)
12. O que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose	2,4 (6)	63,8 (162)	21,3 (54)	11 (28)	0,8 (2)	66,1 (168)	33,9 (86)

Numa segunda análise referente à satisfação com a informação recebida acerca da medicação (cf. Quadro 29), verificámos que a média da satisfação foi de  $7,33 \pm 2,93$ , cujos valores oscilaram entre zero e doze pontos. No que se refere às subescalas, os participantes obtiveram valores médios na “ação e uso da medicação” de  $3,95 \pm 1,20$  e nos “potenciais problemas da medicação” de  $3,38 \pm 2,09$ . Se analisarmos em função do sexo, constatámos que os homens referiram, significativamente, maior satisfação (nas duas subescalas e valor global) em relação à informação recebida acerca da medicação.

A correlação bisserial de Glass ( $rg=0,208$ ) do valor global da “satisfação com a informação recebida acerca da medicação” mostra uma associação positiva fraca, entre as duas variáveis, com uma variância partilhada de 4,3%; por sua vez, na “ação e uso da medicação” a associação é positiva muito baixa ( $rg=0,181$ ), com variância partilhada de 3,3%, e nos “potenciais problemas da medicação” a associação é também positiva muito baixa ( $rg=0,167$ ), com variância partilhada de 2,8%.

Quadro 29 - Estatísticas relativas à satisfação com a informação acerca da medicação

	Total (n=254)					Masculino (n=188)	Feminino (n=66)	U Mann-Whitney	P
	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	DP	CV (%)	Mean Rank	Mean Rank		
Ação e uso da medicação	0	5	3,95	1,20	30,32	133,47	110,50	5082,00	<b>0,021</b>
Potenciais problemas da medicação	0	7	3,38	2,09	61,89	133,01	111,82	5169,00	<b>0,041</b>
Valor global de SIMS	0	12	7,33	2,93	39,92	134,36	107,95	4913,50	<b>0,011</b>

## 2.4 – Caracterização dos estilos de vida

Como foi já referido no capítulo da metodologia, os estilos de vida assentam em critérios empíricos constituídos pelos hábitos alimentares (tipo de alimentação, confeção de alimentos e recomendações), uso de bebidas alcoólicas, atividade física, sono e repouso, *stress* e hábitos tabágicos.

Os scores de pontuação relativos aos “*hábitos alimentares*” variaram entre uma pontuação mínima de 23 e máxima de 61, com uma média de  $37,22 \pm 6,10$ .

Quanto ao “*uso de bebidas alcoólicas*”, os participantes apresentaram uma média de  $4,80 \pm 0,44$ , cujos valores variaram entre 3 e 5.

Na “*atividade física*”, registou uma média de  $3,20 \pm 1,36$  que oscilou entre 2 e 7.

A média obtida pelos participantes no parâmetro “*sono e repouso*” foi de  $2,95 \pm 0,93$ , com valores a variar entre 1 e 5.

Relativamente ao “*stress*”, a pontuação obtida variou de 1 a 5, com uma média de  $2,89 \pm 1,08$ .

Quanto ao parâmetro “*hábitos tabágicos*”, os participantes obtiveram uma média de  $4,26 \pm 1,23$ , com variação entre 1 a 5.

Em relação aos “*estilos de vida*” (*valor global*), do score mínimo de 19 e máximo de 95 pontos possíveis, os participantes obtiveram um mínimo de 37 e um máximo de 84, com média de  $53,33 \pm 14,74$ .

Quanto ao sexo, foram as mulheres que apresentaram melhores estilos de vida nos “*hábitos alimentares*”, “*uso de bebidas alcoólicas*”, “*sono e repouso*”, “*hábitos tabágicos*” e valor global (cf. Quadro 30).

Quadro 30 - Estatísticas relativas aos estilos de vida

	Total (n = 254)					Masculino (N=188)	Feminino (N=66)	U Mann-Whitney	p
	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	DP	CV (%)	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Hábitos alimentares</i>	23	61	37,22	6,10	16,39	118,20	153,98	4456,00	<b>0,001</b>
<i>Uso de bebidas alcoólicas</i>	3	5	4,80	0,44	9,08	120,76	146,71	4936,00	<b>p&lt;0,000</b>
<i>Atividade física</i>	2	7	3,20	1,36	42,50	130,09	120,14	5718,00	0,319
<i>Sono e repouso</i>	1	5	2,95	0,93	31,54	121,22	145,38	5024,00	<b>0,014</b>
<i>Stress</i>	1	5	2,89	1,08	37,23	124,67	135,56	5024,00	0,279
<i>Hábitos tabágicos</i>	1	5	4,26	1,23	28,80	120,44	147,62	4712,00	<b>0,001</b>
<b>Valor global</b>	37	84	53,33	8,15	14,74	118,46	153,26	4712,00	<b>0,001</b>

Para determinar a prevalência dos estilos de vida, esta variável foi dicotomizada tendo por base os pontos de corte na mediana (cf. Quadro 31). Dos resultados observados, verificámos que 51,2% dos participantes apresentaram “*estilos de vida*

*saudáveis*”, sendo as mulheres o grupo mais representativo com 63,6%. Constatamos ainda que a probabilidade das mulheres adotarem “*estilos de vida saudáveis*” era aproximadamente o dobro da dos homens (OR=1,99, IC de 95% [1,16; 3,54]).

Quadro 31 - Caracterização dos estilos de vida

Estilos de vida	Masculino (n = 188)		Feminino (n = 66)		Total (n = 254)		Residuais		$\chi^2/p$
	N	%	N	%	N	%	Masc	Fem	
<i>Estilos de vida saudáveis</i>	88	46,8	42	63,6	130	51,2	-2,4	2,4	$\chi^2=5,536$
<i>Estilos de vida não saudáveis</i>	100	53,2	24	36,4	124	48,8	2,4	-2,4	<b>p=0,019</b>

## 2.5 – Caracterização sociofamiliar

Para a caracterização sociofamiliar obtivemos informações sobre o tipo de família, funcionalidade familiar e o apoio social. No que concerne ao tipo de família, 53,5% dos participantes vivia com o cônjuge, sendo que este valor se decompõe em 55,3% para homens e 48,5% para as mulheres. Realça-se que dos 76 participantes cuja estrutura familiar era restrita, 33,0% correspondia aos homens e 21,2% às mulheres e apenas 8,7% viviam “*sozinhos*”. Em termos estatísticos as diferenças encontradas são significativas em relação às mulheres que vivem no seio de uma “*família alargada*” e “*sozinha*”, comparativamente aos homens ( $\chi^2=13,626$ ,  $p=0,001$ ).

Em relação à funcionalidade familiar, a “*família altamente funcional*” é a mais representativa com 56,7%, seguida de “*família com disfunção leve*” com 34,6% (cf. Quadro 32).

Quadro 32 - Caracterização sociofamiliar (tipo e a funcionalidade familiar)

		Masculino (n = 188)		Feminino (n = 66)		Total (n = 254)		Residuais		$\chi^2 / p$
		N	%	N	%	N	%	Masc	Fem	
Tipo de família	<i>Cônjuge/companheiro(a)</i>	104	55,3	32	48,5	136	53,5	1,0	-1,0	$\chi^2=13,626$ <b>p=0,001</b>
	<i>Família restrita (marido, esposa e filhos)</i>	62	33,0	14	21,2	76	29,9	1,8	-1,8	
	<i>Família alargada (filhos, marido, esposa, pais, sogros)</i>	11	5,9	9	13,6	20	7,9	-2,0	2,0	
	<i>Sozinho</i>	11	5,9	11	16,7	22	8,7	-2,7	2,7	
Funcionalidade e Familiar	<b>Tipo de relação familiar</b>									
	<i>Família altamente funcional</i>	94	50,0	50	75,8	144	56,7	Não aplicável		
	<i>Família com disfunção leve</i>	74	39,4	14	21,2	88	34,6	Não aplicável		
	<i>Família com disfunção severa</i>	20	10,6	2	3,0	22	8,7	Não aplicável		

No Quadro 33 estão expostas as estatísticas resultantes da aplicação da escala de avaliação da funcionalidade familiar. Verificamos que os participantes obtiveram uma



pontuação média de  $7,08 \pm 2,79$  cujos valores oscilaram entre 0 e 10, sendo que são as mulheres que se encontram mais inseridas numa família mais funcional em oposição aos homens (Mean Rank=159,11 vs. Mean Rank=116,40;  $p < 0,001$ ). Observámos uma associação negativa moderada entre a funcionalidade familiar e o sexo, sendo que 11,31% da variabilidade é atribuída ao sexo dos participantes ( $r_g = -0,336$ ).

Quanto ao apoio social percecionado (cf. Quadro 33), os valores oscilaram entre 40 a 77 com uma média de  $56,01 \pm 8,40$ , valor este inferior ao atribuído à população portuguesa por Matos e Ferreira (2000) ( $\bar{X} = 64,87 \pm 8,32$ ). Os homens revelaram dispor de menor “*apoio informativo*” e valor global do *apoio social*, do que as mulheres.

A correlação bisserial de Glass no “*apoio informativo*” ( $r_g = -0,356$ ) revela uma associação negativa moderada e no valor global do *apoio social* ( $r_g = -0,173$ ) regista uma associação negativa muito baixa, sendo as variâncias partilhadas por homens e mulheres de 12,67% e 3%, respetivamente.

Quadro 33 - Estatísticas relativas à funcionalidade familiar e ao apoio social

		Total (n = 254)				Masculino (N=188)	Feminino (N=66)	U Mann-Whitney	p	
		Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	DP	CV (%)	Mean Rank			Mean Rank
Funcionalidade familiar		0	10	7,08	2,79	39,41	116,40	159,11	4118 ( $r_g = -0,336$ )	<b>p &lt; 0,000</b>
Apoio Social	<i>Apoio informativo</i>	6	15	9,58	1,77	18,48	115,77	160,92	3998 ( $r_g = -0,356$ )	<b>p &lt; 0,000</b>
	<i>Apoio emocional</i>	17	39	27,63	4,52	16,36	123,70	138,32	5490	0,163
	<i>Apoio instrumental</i>	11	25	18,80	3,99	21,22	124,14	137,08	5572	0,217
	<i>Valor global</i>	40	77	56,01	8,40	15,00	121,79	143,77	5130 ( $r_g = -0,173$ )	<b>0,036</b>

$r_g$  - Correlação bisserial de Glass

## 2.6 – Caracterização das crenças acerca dos fármacos

Através da análise da Quadro 34, constatámos que a dimensão *necessidades específicas*, que avalia as crenças dos doentes acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita, varia entre um valor mínimo de 15 e um máximo de 25, correspondendo a uma média de  $20,78 \pm 2,31$ . A dimensão *preocupações específicas*, que avalia as crenças relacionadas com os perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo, oscilou entre 5 e 24, o que corresponde a uma média de  $14,37 \pm 3,42$ .

Quadro 34 - Estatísticas relativas às crenças acerca dos fármacos

	Total (n = 254)					Masculino (N=188)	Feminino (N=66)	U Mann-Whitney	P
	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	DP	CV (%)	Mean Rank	Mean Rank		
<i>Necessidades específicas</i>	15	25	20,78	2,31	11,12	124,28	136,68	5598,00	0,224
<i>Preocupações específicas</i>	5	24	14,37	3,42	23,80	128,50	124,65	6016,00	0,713

Apresentados os resultados referentes às características sociodemográficas, clínicas, terapêutica farmacológica, serviços de saúde, estilos de vida, sociofamiliares e crenças acerca dos fármacos, passaremos responder às questões de investigação que formulámos e que foram apresentadas no decurso da metodologia.

## 2.7 – Avaliação da adesão ao tratamento

Qual a prevalência da adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?

Para avaliar o comportamento dos doentes quanto à sua adesão foi utilizada a Medida de Adesão aos Tratamentos de Delgado e Lima (2001).

Do score mínimo de 1 e o máximo de 6 pontos possíveis, obtiveram-se valores de adesão aos tratamentos que oscilaram entre 2,71 e 5, cuja média foi de  $4,76 \pm 0,37$ , sendo que quanto ao sexo corresponde a valores médios equivalentes para ambos os sexos (nos homens  $\bar{X} = 4,76 \pm 0,33$  e nas mulheres  $\bar{X} = 4,78 \pm 0,44$ ).

Observando a classificação da medida de adesão aos tratamentos (cf. Quadro 35), verificámos que somente 49,6% dos participantes aderiram ao tratamento.

Quadro 35 - Caracterização da adesão ao tratamento

	Masculino (n = 188)		Feminino (n = 66)		Total (n = 254)		Residuais		
	N	%	N	%	N	%	Masc	Fem	
<i>Adesão</i>	88	46,8	38	57,6	126	49,6	-1,5	1,5	$\chi^2=2,266$
<i>Não adesão</i>	100	53,2	28	42,4	128	50,4	1,5	-1,5	$p=0,132$

## 2.8 – Variáveis sociodemográficas e a adesão ao tratamento

Quais as variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, estado civil, escolaridade, situação profissional e rendimento mensal) que influenciam a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?

No propósito de saber se as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, sexo, grupo etário, estado civil, escolaridade, situação profissional e rendimento mensal influenciam a adesão ao tratamento (cf. Quadro 36), constatámos que os participantes:

- do sexo masculino obtiveram médias ordenadas mais baixas do que o do sexo feminino;
- mais idosos registaram melhor adesão ao tratamento do que os mais jovens;
- “casados” apresentaram índices mais elevados de adesão ao tratamento do que os restantes grupos;
- que possuíam “> 12 anos” de escolaridade registaram melhores índices de adesão ao tratamento, seguidos dos que tinham “≤ 4 anos” de escolaridade e por fim os habilitados com “5 a 12 anos” de escolaridade;
- “ativos” profissionalmente (empregados e os que se encontravam temporariamente de baixa médica) tiveram melhores índices de adesão ao tratamento do que os “inativos” (desempregados e reformados);
- que auferiam maior rendimento mensal, aderiram melhor ao tratamento.

Contudo, não se confirmou a influência das variáveis sexo, grupo etário, estado civil, escolaridade, situação profissional e rendimento mensal na adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica.

Quadro 36 - Relação entre a adesão ao tratamento e as variáveis sociodemográficas

Variáveis sociodemográficas	N	$\bar{X}$ (DP) / Mean Rank	Teste	p
<b>Sexo</b>				
Masculino	188	123,86	UMW=5520	0,154
Feminino	66	137,86		
<b>Grupo Etário</b>				
≤ 55 anos	50	4,76 (0,35)	ANOVA=0,053	0,984
56-65 anos	54	4,75 (0,37)		
66-75 anos	56	4,77 (0,37)		
≥ 76 anos	74	4,77 (0,38)		
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	22	112,41	KW=5,825	0,120
Casado	186	133,68		
Viúvo	36	111,83		
Divorciado	10	102,10		
<b>Escolaridade</b>				
≤ 4 anos	176	128,20	KW=0,166	0,921
5 a 12 anos	58	124,43		
> 12 anos	20	130,20		
<b>Situação profissional</b>				
Ativo	62	130,95	UMW=57380	0,649
Inativo	192	126,39		
<b>Rendimento Mensal</b>				
≤ 1 ordenado mínimo	126	127,85	KW=0,038	0,981
Entre 1 a 2 ordenados mínimos	74	126,23		
> 2 ordenados mínimos	54	128,43		

## 2.9 – Variáveis clínicas e a adesão ao tratamento

Quais as variáveis clínicas (tipo de EAM, duração e reincidência da doença, fatores de risco associados, tipo de tratamento e capacidade funcional) que influenciam a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?

Para efetuar o estudo entre as variáveis clínicas e a adesão ao tratamento, utilizámos o teste Kruskal-Wallis, exceto na variável *reincidência da doença* que recorreremos ao teste Mann-Whitney (cf. Quadro 37).

Quanto ao tipo de EAM, constatámos que os doentes com o diagnóstico de “*EAM com supra ST*” apresentaram valores médios de adesão superiores aos que sofreram “*EAM sem supra ST*” e “*angina instável*”, sendo as diferenças estatisticamente significativas (KW=8,771;  $p=0,012$ ). Os resultados permitem-nos referir que os participantes diagnosticados com “*EAM com supra ST*” aderiram melhor ao tratamento do que os que apresentaram “*angina instável*” ( $R^2=0,347$ ,  $p=0,008$ ).

Em relação ao tempo em que foi diagnosticado o EAM, registou-se maior pontuação média nos participantes que tinham a doença há “*um*” ano, seguidos pelos que a possuíam há “*três*” anos, com diferença estatística significativa. Pelo cálculo da variabilidade, constatámos que o ano de diagnóstico é responsável por 4,99% da variação na adesão ao tratamento. Podemos inferir que os doentes que possuíam a doença há “*um*” ano aderiram melhor ao tratamento do que os que tinham a doença há “*quatro*” anos (KW=12,626;  $p=0,006$ ).

Quanto à reincidência do EAM, observámos que os doentes que sofreram pela primeira vez SCA, apresentaram melhores índices de adesão ao tratamento do que os que reincidiram (UMW=26225;  $p<0,001$ ).

No que diz respeito aos fatores de risco combinados, os resultados mostraram significância estatística nos participantes que tinham “*um*” fator de risco. O teste Tukey indica que as diferenças se situaram entre os que possuíam “*um*” fator de risco e os que apresentaram “*quatro ou cinco*” fatores de risco ( $R^2=0,0488$ ,  $p=0,004$ ), ou seja, os participantes que tinham apenas “*um*” fator de risco, aderiram melhor ao tratamentos comparativamente aos que possuíam “*quatro ou cinco*” fatores de risco.

Quanto à influência do tipo de tratamento efetuado (fase aguda do EAM) na adesão ao tratamento, verificámos que os doentes que se submeteram à “*angioplastia primária*”, apresentaram melhores ordenações médias significativas face à adesão, seguidos pelos que fizeram “*cirurgia*”, “*fibrinólise*” e por último, os que se submeteram ao tratamento “*conservador*”. Após a depuração das diferenças entre grupos, inferimos que os doentes cujo tratamento foi “*angioplastia primária*”, apresentaram melhores índices de adesão que

os submetidos ao tratamento “conservador” (KW=19,749; p<0,001) e explica 7,81% da variabilidade na adesão ao tratamento.

Relativamente à capacidade funcional, os resultados evidenciaram que os doentes “sem sintomas” compatíveis com limitações físicas, registaram melhores valores de adesão, seguidos pelos que referiram “acentuada/severa limitação a atividades” e por último, os doentes que assinalaram “limitação a atividades quotidianas” (p<0,000). Pelo cálculo da variabilidade, verificou-se que as limitações físicas foram responsáveis por 13,03% da variação da adesão ao tratamento. Os resultados permitem-nos inferir que os que aderiram melhor aos tratamentos foram os doentes: “sem sintomas” face aos que referiram “limitação a atividades quotidianas” (p<0,001); “sem sintomas” em oposição aos que assinalaram “acentuada/severa limitação a atividades” (p=0,023).

Quadro 37 - Relação entre a adesão ao tratamento e as variáveis clínicas

Variáveis Clínicas	N	Mean Rank	Teste	p
<b>Diagnóstico clínico</b>				
EAM com supra ST	100	142,12	KW=8,771	<b>0,012</b>
EAM sem supra ST	48	127,29		
Angina instável	106	113,80		
<b>Tempo de diagnóstico da doença (anos)</b>				
Um	104	144,48	KW=12,626	<b>0,006</b>
Dois	72	118,17		
Três	34	124,85		
Quatro	44	104,68		
<b>Reincidência da doença</b>				
Não	190	138,03	UMW=26225	<b>p&lt;0,001</b>
Sim	64	96,25		
<b>Fatores de Risco associados</b>				
Um	36	154,17	KW=11,930	<b>0,008</b>
Dois	4	119,85		
Três	87	127,56		
Quatro e cinco	51	105,09		
<b>Tratamento</b>				
Fibrinólise	8	126,25	KW=19,749	<b>p&lt;0,001</b>
Angioplastia Primária	108	147,17		
Conservador	110	106,30		
Cirurgia	28	135,29		
<b>Capacidade Funcional</b>				
Sem sintomas ou manifestações	132	150,44	KW=32,898	<b>p&lt;0,001</b>
Limitação a atividades quotidianas	88	96,89		
Com acentuada limitação a atividades simples/severa limitação em repouso	34	117,68		

rg - Correlação bisserial de Glass

## 2.10 – Variáveis farmacológicas e a adesão ao tratamento

Quais as variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica (tempo da toma, quantidade prescrita, dificuldade em seguir prescrição, custo e efeitos secundários da

medicação) que influenciam a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquêmica?

Pretendemos estudar a influência das variáveis: “*número de comprimidos*”, “*tempo da toma da medicação*” e “*custo da medicação*” na adesão ao tratamento. Ao analisarmos as correlações existentes entre a adesão e as variáveis independentes, através do teste de correlação de Pearson, verificamos que estas são muito baixas e somente positivas no “*número de comprimidos*” ( $r=0,036$ ,  $p=0,572$ ). No entanto, só o “*tempo da toma de medicação*” evidenciou diferenças estatísticas significativas ( $r=-0,146$ ,  $p=0,02$ ).

Das três variáveis selecionadas “*número de comprimidos*”, “*tempo da toma da medicação*” e “*custo da medicação*”, só o “*tempo da toma de medicação*” é que foi aceite pelo modelo de regressão e explica 2,1% da variação da adesão, pelo que inferimos que quanto menor é o tempo de toma, maior é a adesão ao tratamento (cf. Quadro 38).

Quadro 38 - Regressão simples entre a adesão ao tratamento e o tempo da toma da medicação

	Coeficientes		F (p)	T	p	r (R <sup>2</sup> )
	B	$\beta$				
Constante	4,824			141,341	<b>0,000</b>	
Tempo da toma da medicação	-0,002	-0,147	5,459 ( <b>0,020</b> )	-2,336	<b>0,020</b>	0,146 (0,021)

Para o estudo das variáveis “*quantidade da medicação prescrita*”, “*dificuldade em seguir a medicação prescrita*” e “*efeitos secundários da medicação*”, recorreremos ao teste de U Mann-Whitney (cf. Quadro 39).

Constatámos que os participantes que exprimiram que a medicação era “*excessiva*”, que referiram “*dificuldade em seguir a medicação*” e aqueles que manifestaram “*efeitos secundários da medicação*” registaram menor adesão ao tratamento, em oposição aos que não os mencionaram.

Na “*quantidade da medicação prescrita*”, a correlação bisserial de Glass ( $rg=-0,260$ ) mostra uma associação negativa fraca e explica 7% da variabilidade, na “*dificuldade em seguir a medicação prescrita*” a associação é moderada e explica 18% da variação da adesão ao tratamento e nos “*efeitos secundários da medicação*” a associação é negativa fraca com variância partilhada de 8%.

Quadro 39 - Relação entre a adesão ao tratamento e as variáveis farmacológicas

Variáveis farmacológicas	N	Mean Rank	Teste	p
<b>Quantidade da medicação prescrita</b>				
“São excessivos”	190	102,30	UMW=4308 (rg=-0,260; R <sup>2</sup> =0,07)	<b>0,001</b>
“São os necessários”	64	135,29		
<b>Dificuldade em seguir a medicação</b>				
“Sim”	36	80,94	UMW=2248 (rg=-0,427; R <sup>2</sup> =0,18)	<b>p&lt;0,001</b>
“Não”	218	135,19		
<b>Efeitos secundários da medicação</b>				
“Sim”	68	101,85	UMW=4580 (rg=-0,276; R <sup>2</sup> =0,08)	<b>p&lt;0,001</b>
“Não”	186	136,88		

rg - Correlação bisserial de Glass

## 2.11 – Variáveis relacionadas com os serviços de saúde e a adesão ao tratamento

Quais as variáveis relacionadas com os serviços de saúde (distância, dificuldade na deslocação, periodicidade, assiduidade às consultas e satisfação com a informação acerca da medicação) que influenciam a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquêmica?

Observámos que a distância do domicílio à consulta se correlaciona com a adesão ao tratamento (correlação de Pearson:  $r=-0,195$ ,  $R^2=0,04$   $p=0,002$ ) constituindo uma variável preditora da adesão, sendo que, quanto menor for a distância entre o domicílio e o local onde decorreu a consulta, maior é a adesão ao tratamento, contudo, a variabilidade explicada é muito reduzida (3,8%) (cf. Quadro 40).

Quadro 40 - Regressão simples relativa à distância do domicílio à consulta e a adesão ao tratamento

	Coeficientes		F (p)	t	p	r (R <sup>2</sup> )
	B	β				
Constante	4,831			156,950	0,000	
Distância à consulta	-0,004	-0,195	9,947 (0,002)	-3,154	<b>0,002</b>	0,195 (0,038)

Os participantes que não referiram “dificuldade na deslocação à consulta” e aqueles que frequentaram a consulta “≤2 vezes/ano” apresentaram melhores níveis de adesão ao tratamento, sem diferenças estatísticas significativas. Já a variável “assiduidade” à consulta revelou uma associação moderada (rg=0,325) e significativa, explicando 11% da variação da adesão. Inferimos que os participantes que foram assíduos apresentaram melhores índices de adesão ao tratamento, do que os que faltaram, “por vezes”, às consultas (cf. Quadro 41).

Quadro 41 - Relação entre a adesão ao tratamento e as variáveis relacionadas com os serviços de saúde

Variáveis relacionadas com os serviços de saúde	N	Mean Rank	Teste	p
<b>Dificuldades na deslocação à consulta</b>				
“Sim”	90	124,61	UMW=7120	0,649
“Não”	164	129,09		
<b>Periodicidade das consultas</b>				
“≤ 2 vezes por ano”	178	126,94	UMW=6664	0,842
“> 2 vezes por ano”	76	128,82		
<b>Assiduidade</b>				
“Sim”	239	131,40	UMW=1868 (rg=0,325; R <sup>2</sup> =0,11)	<b>0,005</b>
“Por vezes”	24	90,08		

rg - Correlação bisserial de Glass

Ao analisar a “satisfação com a informação acerca da medicação”, verificámos que as correlações são muito baixas e inversas nas subescalas *ação e uso da medicação* ( $r=-0,090$ ,  $p=0,153$ ), *potenciais problemas da medicação* ( $r=-0,020$ ,  $p=0,751$ ) e valor global ( $r=-0,051$ ,  $p=0,417$ ). Contudo, a satisfação com a informação acerca da medicação e as suas dimensões, não demonstraram associação significativa com a adesão ao tratamento ( $p>0,05$ ).

Através da seleção *stepwise* nenhuma variável entrou na equação. Assim sendo, nenhuma das variáveis independentes (satisfação com a informação acerca da medicação e suas dimensões) se revelaram preditoras válidas da adesão ao tratamento.

## 2.12 – Variáveis sociofamiliares e a adesão ao tratamento

Quais as variáveis sociofamiliares que predizem a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?

Analisámos as correlações existentes entre a adesão ao tratamento e as variáveis sociofamiliares (funcionalidade familiar e apoio social). Estas são moderadas na “*funcionalidade familiar*” ( $r=0,312$ ,  $p<0,001$ ) e muito baixas no “*apoio social*” ( $r=0,184$ ,  $p=0,003$ ) e seus fatores (*apoio informativo*,  $r=0,108$ ,  $p=0,086$ ; *apoio emocional*,  $r=0,166$ ,  $p=0,008$  e *apoio instrumental*  $r=0,151$ ,  $p=0,016$ ). Constatámos ainda que todas as variáveis estabelecem uma correlação positiva, pelo que podemos afirmar que, quanto maiores os índices das variáveis em estudo, maior é a adesão ao tratamento. Somente o fator “*apoio informativo*” não apresentou diferenças estatísticas significativas.



A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a “*funcionalidade familiar*”, apresentando o maior coeficiente de correlação em valor absoluto (0,312). Esta variável explica, no primeiro modelo, 9,7% da variação da adesão e o erro padrão da regressão é de 0,348, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da adesão. No segundo modelo de regressão, para além da “*funcionalidade familiar*”, entrou o “*apoio social*” (valor global). Estas duas variáveis, em conjunto, passaram a explicar 12,4% da variabilidade total da adesão ao tratamento.

Em suma, as variáveis “*funcionalidade familiar*” e “*apoio social*” surgem como preditores da adesão ao tratamento, sendo que quanto mais elevados estes forem, melhor será a adesão (cf. Quadro 42).

*Quadro 42 - Regressão múltipla relativa a adesão ao tratamento e as variáveis sociofamiliares (funcionalidade familiar e apoio social)*

	Coeficientes		F (p)	t	p	r (R <sup>2</sup> )
	B	β				
Constante	4,095			26,935	p<0,001	
Funcionalidade familiar	0,039	0,300	17,616 (p<0,001)	5,056	p<0,001	0,351 (0,123)
Apoio social	0,007	0,161		2,721	0,007	

### 2.13 – Variáveis relacionadas com as crenças acerca da medicação e a adesão ao tratamento

Quais as variáveis relacionadas com as crenças acerca da medicação que predizem a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?

Para verificar o efeito das crenças acerca dos fármacos na adesão ao tratamento, a correlação de Pearson indica-nos uma correlação muito baixa nas “*necessidades específicas*” (r=-0,014, p=0,830) e moderada nas “*preocupações específicas*” (r=-0,367, p<0,001). Registámos ainda que as crenças estabelecem relações inversas, sendo apenas significativas para a dimensão “*preocupações específicas*”.

Identificámos um modelo de predição no qual apenas a dimensão “*preocupações específicas*” surgiu como um preditor significativo da adesão (t=-6,267; p<0,001), sendo que, quanto menor for a crença dos doentes acerca do potencial nocivo dos fármacos, maior é a adesão ao tratamento. Este modelo explica uma variabilidade de 13,5% (cf. Quadro 43).

Quadro 43 - Regressão simples entre a adesão ao tratamento e as crenças acerca dos fármacos

	Coeficientes		F (p)	t	p	R (R <sup>2</sup> )
	B	$\beta$				
Constante	5,329			57,582	0,000	
Preocupações específicas	-0,039	-0,367	39,274 (0,000)	-6,267	<b>p&lt;0,001</b>	0,367 (0,135)

Recorrendo à informação que resultou do estudo que foi efetuado entre as diversas variáveis independentes e a adesão, apresentamos o esquema das variáveis independentes que estabeleceram relação significativa com a adesão ao tratamento (cf. Figura 5). Assim, o doente aderente caracteriza-se por:

- ter o diagnóstico com “EAM com supra ST”, há um ano, primeiro episódio tratado com “angioplastia primária”, assintomático e com um fator de risco;
- estar medicado há menos tempo, considerar a medicação importante e não manifestar dificuldades na sua toma;
- ser assíduo à consulta e melhor acessibilidade geográfica aos serviços de saúde;
- viver num ambiente familiar altamente funcional e com elevado apoio social;
- manifestar baixas crenças acerca dos perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo, relativamente aos fármacos que toma;

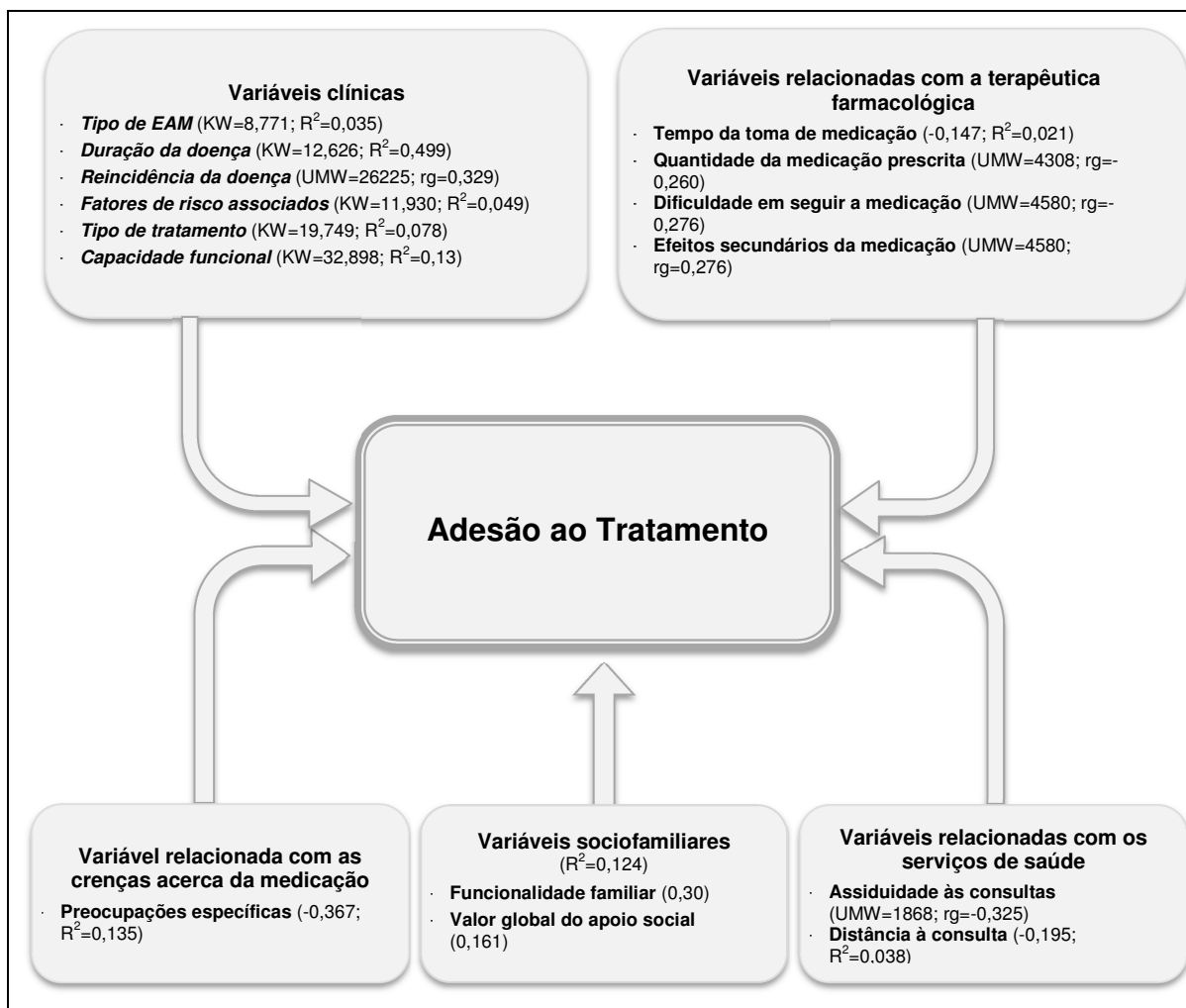


Figura 5 - Representação esquemática das variáveis independentes que estabeleceram relação significativa com a adesão ao tratamento



### Capítulo 3 – Discussão

Após a apresentação dos resultados, a sua discussão é uma fase pertinente de um estudo científico permitindo-nos refletir sobre a investigação realizada, enfatizar os dados mais significativos e confrontá-los com a literatura científica.

A discussão dos resultados será efetuada segundo a ordem sequencial da apresentação das questões de investigação.

A amostra do nosso estudo foi constituída por 254 participantes, sendo a maioria do sexo masculino (74%). Apesar de ser uma amostra por conveniência, estes resultados são muito semelhantes aos encontrados nos diversos estudos efetuados em Portugal que refletem uma prevalência da SCA superior nos homens (Gíria, Catarino & Rocha, 2004; Dias et al., 2005; Freitas, 2009; Santos, Aguiar, Gavina, Azevedo & Morais, 2009; Santos et al., 2009).

Também encontramos resultados similares em estudos internacionais (Salveti, Oliveira, Servantes & Vincenzo de Paola, 2008; Blum & Blum, 2009; Ho et al., 2009; Stocco, Castro & Sakae, 2009; Wu et al., 2012). Consistente com estes resultados, outra investigação de carácter observacional que se baseou nos registos do estudo *CLARIFY*<sup>21</sup> (*Prospective observational Longitudinal Registry of patients with stable coronary artery disease*) realizado a nível mundial, envolvendo 45 países com 30.977 doentes, demonstrou resultados análogos em relação às características sociodemográficas (77,4% eram homens e 22,6% mulheres) (Steg et al., 2012).

Sharma & Gulati (2013) referiram que durante muito tempo, a doença arterial coronária foi considerada como *man's disease*. Já Osler em estudos anteriores destacou uma associação entre o comportamento masculino e SCA (Barrett-Connor, 1997; Sharma & Gulati, 2013).

Todavia, há um aumento exponencial de DCV em mulheres após os 60 anos, em contraste com o aumento linear de DCV, nos homens, à medida que a idade avança. O *National Cholesterol Education Panel Adult Treatment Panel III* considera a idade superior ou igual a 55 anos como um fator de risco para as mulheres e com 45 anos para os homens. Independentemente disso, a mortalidade por EAM é mais frequente entre as mulheres mais jovens do que nos homens (Sharma & Gulati, 2013).

No nosso estudo, cerca de 60% dos participantes tinha idade superior ou igual a 66 anos recaindo a maior percentagem (78,8%) nas mulheres. A média de idades foi 66,94

---

<sup>21</sup> O estudo *CLARIFY* teve como objetivo comparar os resultados clínicos cardiovasculares entre homens e mulheres com cardiopatia isquémica estável

anos, sendo que os homens registaram idades inferiores às das mulheres (65,22 vs 71,85;  $p < 0,001$ ).

Os nossos resultados aproximam-se aos obtidos pelo Registo Nacional de SCA, em que a idade média é de 65 (Santos et al., 2009) e também dos resultados obtidos em investigações internacionais. A idade média do primeiro EAM ocorreu aos 64,5 anos nos homens e 70,3 anos nas mulheres (Roger et al., 2012; Sharma & Gulati, 2013).

A doença arterial coronária tende a manifestar-se mais tarde nas mulheres (Steg et al., 2012). Uma possível explicação para o menor risco de DCV, nas mulheres jovens, está relacionada com a diferença dos níveis hormonais (Wenger, Shaw & Vaccarino, 2008; Akhter et al., 2009; Steg et al., 2012). Importa ainda referir que o sexo é um fator de importância *major*, já que parece comprovado que, as mulheres possuem um pior prognóstico para a mesma gravidade de doença (Wenger et al., 2008; Akhter et al., 2009; Steg et al., 2012; Sharma & Gulati, 2013).

Uma revisão sistemática da literatura, relativa à incidência de DCV, mostrou resultados significativamente menores em mulheres com menos de 60 anos de idade do que em mulheres mais velhas. Depois dos 60 anos de idade, a taxa de DCV aumentava, sendo equivalente à taxa observada entre os homens na oitava década de vida. A diferença entre os sexos da aterosclerose na árvore coronária foi mais elevada em homens com idades inferiores a 55 anos e permaneceu elevada em idades mais avançadas (Blum & Blum, 2009; Sharma & Gulati, 2013).

Em suma, a doença cardiovascular desenvolve-se sete a dez anos mais tarde nas mulheres do que nos homens e é ainda a principal causa de morte em mulheres. O risco de doenças cardíacas, em mulheres, é muitas vezes subestimado devido à perceção errada de que as mulheres são *protegidas* contra as DCV.

### **3.1 – Prevalência da adesão ao tratamento**

Qual é a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?

No nosso estudo somente 49,6% das pessoas com cardiopatia isquémica aderiram à medicação prescrita.

Definir e avaliar a adesão à medicação, continua a ser um desafio persistente na investigação sem consenso atual (Van Dulmen et al., 2007; Lamba et al., 2012). No entanto, a investigação produzida sobre o tema tem tornado possível identificar um vasto conjunto de fatores associados ao não cumprimento integral das indicações dos

profissionais de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004; Van Dulmen et al., 2007; Albert, 2008; Haynes et al., 2008).

A baixa adesão à medicação cardioprotetora é comum na prática clínica, está associada a uma ampla gama de resultados adversos e tem sido referenciada pela literatura científica como sendo comum em doentes com DCV (Albert, 2008; Chaudhry & McDermott, 2008; Haynes et al., 2008; Ho et al., 2008; Jackevicius et al., 2008; Vrijens, Vincze, Kristanto, Urquhart & Burnier, 2008; Ali et al., 2009; Ho et al., 2009; Lunelli et al., 2009; Bowry et al., 2011; Choudhry, Fischer et al., 2011; Wu et al., 2012).

Nas pesquisas que utilizaram a *Escala de Adesão de Morisky*, instrumento semelhante ao utilizado no nosso estudo, apresentaram resultados similares, sendo 56% dos participantes classificados como aderentes (Lunelli et al., 2009; Krousel-Wood et al., 2011; Wu et al., 2012), outros ligeiramente mais elevados com taxas de adesão de 66% (Albert, 2008) e outros apresentaram taxas inferiores, oscilando entre 31 a 58%, na adesão à medicação cardioprotetora prescrita (estatinas,  $\beta$ -bloqueadores), com declínio da prevalência ao longo do tempo (Chaudhry & McDermott, 2008; Wu et al., 2012).

Nos estudos de Ho et al. (2009) e Wu et al. (2012), a adesão ainda foi menor em doentes com cardiopatia e apenas 40% destes mantinham as estatinas dois anos após a hospitalização por SCA. Um outro estudo transversal, efetuado com 371 doentes com DCV, mostrou que a prevalência da adesão à medicação anti-hipertensiva e estatinas foi de 48% e 38%, respectivamente (Aggarwal & Mosca, 2010).

Também no estudo randomizado controlado, *Post-Myocardial Infarction Free Rx Event and Economic Evaluation (MI FREEE)*, efetuado com 5855 doentes com EAM, as taxas de adesão à medicação cardioprotetora, variaram de 36% a 49%, sendo de 35,9% para os IECA, 45% para os  $\beta$ -bloqueadores, 49% para as estatinas e 38,9% para os três medicamentos (Choudhry et al., 2014).

Outro estudo randomizado multicêntrico, *Future Revascularization Evaluation in Patients with Diabetes Mellitus: Optimal Management of Multivessel Disease (FREEDOM)*, apresentado no congresso da *American Heart Association*, em 2012, que incluiu 2000 doentes com doença multiarterial e diabetes *mellitus*, concluiu que apenas 20% tomavam a medicação prescrita. Estes resultados foram reproduzidos noutros estudos, nomeadamente *Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI-2D)* (Farkouh et al., 2012; Fuster, 2012).

A baixa adesão à medicação tem sido relatada como prevalente em populações com DCV. Contudo, importa referir que existe uma variabilidade nos métodos de avaliação (autorrelato, dados da aquisição da medicação na farmácia e contagens de comprimidos), o que impede as comparações entre os estudos e diferentes condições cardiovasculares (Van Dulmen et al., 2007; Ho et al., 2009; Wu et al., 2012).

Com efeito, quase todos os estudos utilizam como forma de medida da adesão o autorrelato dos doentes e a contagem de medicamentos. Foi ainda utilizado, em alguns estudos, o *MEMS*, bem como a avaliação da concentração sérica e o registo de omissões ou registos farmacêuticos. Todavia, uma revisão sistemática sobre a adesão à medicação cardiovascular, efetuada por Bowry et al. (2011), demonstrou que a prevalência da adesão, quando avaliada pela contagem de comprimidos, apresentava melhores resultados do que quando avaliada por autorrelato. O autorrelato é uma medida subjetiva. Assim, o inquirido tende a fornecer estimativas mais elevadas de adesão do que as previstas por medidas objetivas. Provavelmente, foi devido à perceção dos doentes, face à medicação e o estigma social associado à doença crónica, que os induziu a subestimar os seus verdadeiros níveis de adesão (Bowry et al., 2011).

As diferenças culturais, a idade, a condição crónica e a origem da população estudada constituem alguns dos elementos que podem determinar a variação entre as taxas de não adesão observadas.

### **3.2 – Variáveis sociodemográficas e a adesão ao tratamento**

Quais as variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, estado civil, escolaridade, situação profissional e rendimento mensal) que influenciam a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?

Os resultados do nosso estudo não confirmaram a influência das variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, estado civil, situação profissional, escolaridade, área residencial e rendimento mensal) na adesão ao tratamento. Estes dados vão ao encontro dos obtidos por diversos autores em que a idade, o sexo, a escolaridade, a ocupação, o rendimento, o estado civil, a raça, a religião, a etnia e a residência não foram definitivamente associados com a adesão (Albert, 2008; McHorney et al., 2009; Cabral & Silva, 2010; Bowry et al., 2011; Gellad et al., 2011; Desai & Choudhry, 2013). Todavia, os primeiros estudos sobre a adesão incidiram nos fatores demográficos que supostamente estariam associados à baixa adesão (Sabaté, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004; Steiner et al., 2009).

Quanto à idade, alguns autores constataram que a adesão pode ser similar ou até mais elevada nos doentes idosos, comparativamente aos das faixas etárias jovens (Horne et al., 2001; Granger et al., 2009; Haynes, Larimer, Adami & Kaye, 2009; Bowry et al., 2011). Este facto poderá estar associado à perceção que os doentes mais jovens têm, em que determinado medicamento é ineficaz e dispensável na medida em que



apresentam menor prevalência de fatores de risco cardiovascular e de comorbilidades (Ali et al., 2009; Wu et al., 2012). Observa-se também que, cada vez mais, tem vindo a aumentar a prevalência das SCA em indivíduos mais jovens e conseqüentemente, maior probabilidade de doenças, o que por sua vez pode dificultar a adesão ao tratamento.

Contrariamente, outros estudos têm sugerido que a idade avançada aumenta a probabilidade de não adesão (Ali et al., 2009; Granger et al., 2009; Evangelista et al., 2008; Lamba et al., 2012; Wu et al., 2012; Hüther et al., 2013), uma vez que os idosos apresentam dificuldades em seguir as instruções da prescrição relacionadas com a cognição (deficits de memória que comprometeram a compreensão dos esquemas terapêuticos), diminuição da acuidade visual e dificuldades com a destreza manual, importantes na manipulação da medicação (Hayes et al., 2009). Com efeito, os doentes mais idosos encontram-se particularmente em risco, devido à deterioração do seu estado de saúde, o que origina, muitas vezes, comorbilidades e leva à condição crónica de algumas das doenças, que podem requerer vários regimes terapêuticos em simultâneo e/ou a longo prazo.

Outros estudos consideraram o sexo dos participantes como fator diferenciador na adesão, tendo O'Meara et al. (2007) e Granger et al. (2009) verificado que as mulheres tendem a desistir mais do que os homens. A corroborar este resultado, o estudo de Lunelli et al. (2009) demonstra que 64,1% dos participantes que aderiram ao tratamento eram do sexo masculino, indicando a superioridade masculina, no número de casos de adesão, no contexto da doença cardíaca.

O relatório publicado pela *Current Atherosclerosis Reports* revelou como preditores da baixa adesão à medicação cardioprotetora, nomeadamente às estatinas, o sexo feminino e o baixo nível socioeconómico (Chaudhry & McDermott, 2008). Uma possível razão para a constatação das diferenças entre os géneros na adesão pode ser o aumento da incidência de sinais e sintomas clínicos relatados por mulheres conforme é referido no estudo *Candesartan in Heart Failure Assessment of Mortality and Morbidity (CHARM - programme<sup>22</sup>)* (Granger et al., 2009). Por exemplo, sintomas como dispneia ao caminhar, dispneia em repouso, congestão venosa e edema, contribuem para a diminuição da crença no benefício da medicação e conseqüente baixa adesão ao tratamento (Granger et al., 2009). Um estudo desenvolvido anteriormente por O'Meara et al. (2007), em doentes com insuficiência cardíaca, revelou que sintomas como dispneia e edema foram mais comuns entre as mulheres e poderão ter contribuído para menor taxa de adesão.

---

<sup>22</sup> No programa *CHARM* participaram 7599 doentes com insuficiência cardíaca sintomática de 618 locais em 25 países que foram acompanhados durante 38 meses.

Por outro lado, um estudo longitudinal de dois anos, em doentes com HTA, evidenciou que as mulheres apresentaram melhores taxas de adesão (Krousel-Wood et al., 2011), dados também comprovados em outros estudos (Lamba et al., 2012; Hüther et al., 2013), o que não se confirma no nosso estudo, que apesar das mulheres estarem mais propensas a continuarem a tomar a medicação, não foram encontradas associações com o sexo. Esta variabilidade de resultados pode estar associada às características clínicas dos doentes entre outras, tais como, o apoio social e a educação em saúde, que não são analisadas e podem apresentar um efeito de interação ou mediador (Granger et al., 2009). É relevante o facto de muitos fatores psicossociais serem mais prevalentes nas mulheres, podendo contribuir para a baixa adesão (Evangelista et al., 2008; Holzapfel et al., 2008; Song, Mose & Lennie, 2009).

Outro ponto de discussão refere-se ao estado civil, outra variável largamente estudada sobre a sua associação com a adesão à medicação e que tem produzido resultados inconsistentes (DiMatteo, 2004; Trivedi, Ayotte, Edelman & Bosworth, 2008; Wu, Moser, Lennie et al., 2008; Chung et al., 2009; Lamba et al., 2012). Numa revisão sistemática da literatura, os investigadores destacaram que quatro dos sete estudos não revelaram diferenças na adesão à medicação com base no estado civil (Nguyen et al., 2009; Silva et al., 2009; Wu et al., 2012). Em dois outros estudos, os solteiros foram menos aderentes à medicação prescrita do que os casados (DiMatteo, 2004; Trivedi et al., 2008; Lamba et al., 2012). Contudo, os nossos resultados não demonstraram uma associação entre o estado civil e a adesão. Outros estudos mostraram que há relação entre o estado civil e os processos de morbilidade e mortalidade por doenças crónico-degenerativas. Num estudo efetuado com doentes com insuficiência cardíaca, 63% dos casados foram classificados como aderentes, cujo prognóstico foi mais favorável para estes, comparativamente aos solteiros e as razões para as diferenças nos resultados não foram claras (Wu et al., 2012). Os investigadores têm sugerido que os cônjuges facilitam a adesão, proporcionando apoio prático, ou seja, a presença do cônjuge ou outro cuidador pode aumentar a adesão através da supervisão direta da administração da medicação. Parece que sem a ajuda dos seus familiares, os doentes têm dificuldade em aderir ao seu regime de medicação, horário da medicação, marcar e acompanhar as consultas (Sayers, Riegel, Pawlowski, Coyne & Samaha, 2008; Wu, Moser, Lennie & Burkhart, 2008; Ali et al., 2009; Lunelli et al., 2009; Wu et al., 2012).

Outro fator que tem sido associado à não adesão é a escolaridade. A capacidade de compreender a informação escrita ou verbal é fundamental para a vida moderna e a literatura reconhece que o nível de escolaridade se reflete na capacidade do indivíduo para fazer escolhas informadas.

De acordo com um estudo sobre a escolaridade europeia, a escolaridade média portuguesa apresentava, em 2010, a mesma posição que ocupava em 1960. Apesar da escolaridade média ter subido para 6,89 anos, Portugal tem tido dificuldade em acompanhar os seus parceiros europeus no aumento do nível de qualificações da população ativa (Conselho Nacional de Educação, 2012). Todavia, os nossos resultados apontaram para uma baixa escolaridade, uma vez que a maioria dos participantes possuía somente quatro anos de escolaridade, nível inferior ao encontrado em outros estudos (Stocco et al., 2009; Lunelli et al., 2009).

Aliás, neste contexto, surge um estudo desenvolvido por Gazmararian et al. (2006), em que verificaram que a baixa alfabetização se reveste de enorme importância como um preditor potencial da não adesão. É provável que as competências inadequadas de alfabetização estejam relacionadas com a deficiente compreensão das instruções de cuidados e, como consequência, reduzam a adesão à medicação (Wolf et al., 2007; Bosworth et al., 2011; Loke, Hinz, Wang & Salter, 2012; Colbert, Sereika & Erlen, 2013).

Um estudo realizado em doentes com escolaridade inferior ao ensino médio, medicados com estatinas, apresentava uma probabilidade 4,1 vezes maior de não aderirem à medicação do que os doentes com educação universitária (Dennison et al., 2011).

Contudo, apesar da importância da alfabetização no processo de adesão, os resultados da nossa investigação não demonstraram uma associação entre a escolaridade e a adesão, à semelhança de outros efetuados por diversos autores (Hironaka, Paasche-Orlow, Young, Bauchner & Geltman, 2009; Murphy et al., 2010).

A baixa alfabetização funcional tem contribuído para a degradação do estado de saúde das populações (Easton, Entwistle & Williams, 2010; Bosworth et al., 2011; King, Eckman & Moulton, 2011), uma vez que a escolaridade pode afetar a capacidade dos sujeitos em obter, processar e compreender informações e serviços necessários para tomar decisões básicas de saúde (Dennison, et al., 2011). É reconhecido que a baixa escolaridade torna mais difícil o processo da adesão, principalmente em doentes idosos que sentem mais dificuldade para diferenciar a medicação, conhecer o tratamento e encetar a mudança de hábitos adquiridos durante a vida. O primeiro passo para a mudança de comportamentos necessários na adesão ao tratamento da cardiopatia isquémica é a educação. Assim, o grau de escolaridade tem uma grande influência nesta etapa do tratamento, supondo-se que quanto maior o grau de escolaridade, mais conhecimentos a pessoa tem da sua doença.

Por outro lado, os profissionais de saúde devem fornecer informações aos doentes acerca do regime terapêutico, tendo em conta a adequabilidade e a qualidade da

informação fornecida, apesar de este ser um aspeto pouco valorizado na prática diária. Se o doente não entende, será mais propenso a ter problemas em aderir.

Nos países desenvolvidos existem evidências da associação inversa entre a condição socioeconómica e a doença cardíaca (Ingersoll & Cohen, 2008). A OMS salienta o ciclo vicioso existente entre pobreza e as doenças crónicas. Nos países mais pobres existe um maior risco de desenvolver doenças e morrer precocemente, na medida em que a população está mais vulnerável, por vários motivos, incluindo maior exposição a fatores de risco e menor acesso aos serviços de saúde (WHO, 2005).

A cardiopatia isquémica é uma entidade nosológica de grande impacto social e económico que interfere na capacidade produtiva. A situação pode evoluir para complicações com efeitos residuais, dificultando assim a inserção no mercado de trabalho, gerando dificuldades na adesão ao tratamento.

Quanto à situação profissional, o nosso estudo revelou que 70,1% dos participantes eram reformados e não foi encontrada associação entre a ocupação profissional e a adesão à medicação, embora, tendencialmente, os participantes que trabalhavam apresentassem melhores índices de adesão comparativamente aos reformados. Todavia, é expectável que os doentes com restrições económicas abduquem de determinados cuidados médicos, como a medicação, as consultas e os meios complementares de diagnóstico. Nesta perspetiva, Cabral e Silva (2010) verificaram que a ida às consultas e a aquisição da medicação é particularmente afetada pela falta de recursos financeiros, atingindo um terço dos doentes crónicos.

Akincigil et al. (2008) estudaram a adesão a longo prazo em doentes com EAM e verificaram que o risco de interrupção foi maior nos que usufruíam rendimentos baixos. Também Kurlander, Kerr, Krein e Heisler & Piette (2009) num estudo transversal, realizado em 250 doentes diabéticos, concluíram que os que tinham baixos rendimentos apresentavam uma probabilidade três vezes maior de não aderir à medicação. Embora o resultado do nosso estudo aponte uma melhor taxa de adesão à medicação, para aqueles que usufruíam de maior rendimento, não foi possível verificar uma associação entre o rendimento e a adesão.

O baixo rendimento, o desemprego ou a falta de estabilidade no emprego podem constituir barreiras significativas a uma efetiva adesão terapêutica (Pierin, 2004; Graham et al., 2007; Albert, 2008; Akincigil et al., 2008; Kurlander et al., 2009; Kenneth et al., 2011).

Tem sido considerável a pesquisa desenvolvida acerca dos fatores socioeconómicos e da sua importância como preditores na adesão ao tratamento (Pierin, 2004; Graham et al., 2007; Albert, 2008; Kurlander et al., 2009; Kenneth et al., 2011). Apesar de não termos estudado as interações entre o rendimento e os determinantes

sociais no comportamento de saúde, este é claramente complexo e, em nosso entender, merece uma investigação mais aprofundada.

### 3.3 – Variáveis clínicas e a adesão ao tratamento

Quais as variáveis clínicas (tipo de EAM, duração e reincidência da doença, fatores de risco associados, tipo de tratamento e capacidade funcional) que influenciam a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquêmica?

Vários estudos relatam que o tipo de doença parece ter alguma relação com a adesão ao tratamento, o que pode ser interpretado da maneira como o doente percebe o seu estado e compreende a sua condição crônica. Há, pois, fatores com maior relevância, tais como: a cronicidade da doença, a ausência de sintomatologia ou condições assintomáticas moderadas e a existência de uma ou mais doenças concomitantes, especialmente se algumas delas afetarem a capacidade cognitiva do indivíduo, a forma como a doença irá progredir e as suas desvantagens específicas (Cabral & Silva, 2010).

Os nossos dados demonstraram que os doentes diagnosticados com “*EAM com supra ST*”, situação clínica de maior gravidade, aderiram melhor ao tratamento do que os que apresentavam “*angina instável*”. Há evidências consistentes que demonstraram que os sujeitos com maior gravidade da doença aderiram melhor à medicação (Jin et al., 2008; Granger et al., 2009). Os resultados sugerem que a gravidade da doença e a consciência desta podem prever a sua adesão (DiMatteo et al., 2007).

Da mesma forma, em vez da real gravidade da doença, o estado de saúde pode influenciar positivamente a adesão. Doentes que percebem o seu mau estado de saúde estão mais motivados a aderirem ao tratamento, se considerarem a medicação eficaz. Num estudo realizado nos EUA (Estados Unidos da América), os doentes que perceberam o seu estado de saúde como deficitário, aderiram às estatinas (Sung et al., 1998 cit in Jin et al., 2008). A forma como o doente vivencia a sua condição crônica desempenha um papel fundamental na predição da adesão (Jin et al., 2008). É possível que a motivação, relacionada com a adesão, seja afetada quando o doente percebe que o seu estado de saúde piorou. Os doentes com EAM, que perceberam esta condição como um declínio mais severo da sua saúde, demonstraram maior motivação para aderir à medicação do que aqueles que sofreram angina instável, sendo esta uma situação menos grave (Akincigil et al., 2008).

A ausência de sintomatologia, designadamente a dor na pessoa com condição crónica, pode condicionar negativamente a adesão. Estudos anteriores demonstram que as complicações das DCV estão associadas à não adesão farmacológica (Gehi et al., 2007; Rasmussen, Chong & Alter, 2007; Jin et al., 2008). No *Heart and Soul Study* foi avaliado, prospectivamente, o risco de eventos cardiovasculares, associados com o autorrelato da não adesão à medicação, em 1015 sujeitos com doença coronária estabelecida, que foram seguidos em média 3,9 anos (Gehi et al., 2007). Os participantes não aderentes eram mais propensos, do que os aderentes, a desenvolver eventos cardiovasculares (22,9% vs 13,8%,  $p=0,03$ ). A não adesão surgiu como preditor independente de eventos cardiovasculares adversos, tais como, o agravamento da doença cardíaca e fatores de risco tradicionais (OR=2,3, IC de 95% [1,3; 4,3],  $p=0,006$ ) (Gehi et al., 2007).

Inversamente, quanto à capacidade funcional, os resultados do nosso estudo demonstraram que os doentes “*sem sintomas*”, compatíveis com limitações físicas, registaram melhores valores de adesão ao tratamento, comparativamente aos que manifestaram “*limitação a atividades quotidianas*” e aos que assinalaram “*acentuada limitação a atividades simples/severa limitação em repouso*”.

Face aos resultados inconsistentes, no nosso estudo, entre o efeito da gravidade da doença e a capacidade funcional na adesão à medicação, uma explicação possível estaria associada à conceptualização da gravidade da doença através do diagnóstico médico, medida mais objetiva e a avaliação mais subjetiva do estado funcional, avaliado pela classe funcional NYHA, com base no autorrelato do doente.

É reconhecido que a adesão nas doenças agudas é maior do que nas doenças crónicas (Bugalho & Carneiro, 2004; Osterberg & Blaschke, 2005; Van Dulmen et al., 2007; Wu, Moser, Lennie et al., 2008). A maior duração da doença pode afetar adversamente a adesão (Albert, 2008; Wu, Moser, Lennie et al., 2008). Da mesma forma, uma maior duração do período de tratamento também pode comprometer a adesão (Bugalho & Carneiro, 2004; Van Dulmen et al., 2007; Wu, Moser, Lennie et al., 2008). Os resultados do nosso estudo também mostraram que, os doentes diagnosticados com SCA há um ano aderiram melhor ao tratamento do que os que tinham a doença há quatro anos.

No entanto, ao contrário dos resultados do presente estudo, outras investigações demonstraram que a maior duração da doença levou a uma melhor adesão e os doentes recém-diagnosticados obtiveram índices baixos de adesão (Caro et al., 1999 *cit in* Jin et al., 2008). Isso pode indicar que a adesão é melhorada, porque a atitude de negar a doença, pelo doente, é reduzida e acaba por aceitar o tratamento depois de anos de sofrimento da doença.

Os resultados do nosso estudo evidenciaram que os doentes que sofreram pela primeira vez o SCA aderiram mais ao tratamento que os que reincidiram. Este dado pode estar associado ao efeito mediador ou de intersecção de outras variáveis, como a percepção relacionada com a gravidade clínica e o seu estado de saúde, contribuindo assim para aumentar a adesão dos doentes recém-diagnosticados.

Quanto ao tratamento efetuado na fase aguda, os doentes que se submeteram à “angioplastia primária” aderiram melhor do que os que se submeteram ao tratamento “conservador”. Estes resultados contrariam o estudo de Ho et al. (2008), realizado com 15.767 doentes, o qual demonstrou que a baixa adesão à medicação cardioprotetora foi associada aos procedimentos de revascularização, nomeadamente, angioplastia primária e cirurgia de revascularização miocárdica.

Desde o final dos anos 40, em que teve início o projeto *Framingham Heart Study*, tem-se assistido a um desenvolvimento de sucessivos estudos epidemiológicos que permitiram a identificação de fatores de risco cardiovascular isolados ou combinados, estabelecendo uma relação de causa-efeito entre estes e as DCV.

No presente estudo, 98,4% dos participantes tinham fatores de risco, sendo que os quatro fatores de risco predominantes corresponderam à “HTA”, “dislipidemia”, “obesidade” e “diabetes”. Estes resultados são similares aos dados do Registo Nacional de SCA, em que a maioria (85%) tinha pelo menos um fator de risco cardiovascular clássico, prevalecendo no topo da tabela a HTA, seguida da hipercolesterolemia e diabetes (Santos et al., 2009). Já o estudo *AMALIA (Drugs innovation impact in cArdio and cerebrovascuLar dlseases in Portuga)* teve como objetivo avaliar a prevalência dos principais fatores de risco cardiovasculares, apresentando resultados distintos como o sedentarismo, o excesso de peso/obesidade, a HTA, a hipercolesterolemia, os hábitos tabágicos e a diabetes (Macedo et al., 2008).

No estudo *EUROASPIRE*<sup>23</sup> (*European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events*), envolvendo 9000 doentes coronários, a HTA, o colesterol e a diabetes foram os três fatores de risco preponderantes, cujos resultados foram idênticos ao estudo que efetuámos.

Diversos estudos realizados ao longo do tempo evidenciaram que a ação dos fatores de risco é sinérgica, ou seja, a sobreposição de vários fatores de risco numa pessoa pode aumentar, substancialmente, a probabilidade de eventos cardiovasculares (Aggarwal & Moscal, 2010; Dahlöf, 2010; Rocha, 2010).

O aumento do número de pessoas com alto risco de DCV é destacado por Dahlöf (2010), baseando-se em estudos recentes que sugerem que mais de 70% dos sujeitos

---

<sup>23</sup>Este estudo tem como objetivos compreender como estão a ser seguidas as medidas de prevenção e controlo da doença coronária e o impacto da sua implementação entre as entrevistas I, II e III, com o primeiro inquérito (*survey*), aplicado em 1995-1996, em nove países, seguido pelo segundo inquérito, em 1999-2000, em 15 países e por fim o terceiro inquérito, em 2006-2007, realizado em 22 países.

têm múltiplos fatores de risco e que apenas 2 a 7% da população não tem nenhum fator de risco cardiovascular. No nosso estudo, a maioria dos participantes apresentou mais de três fatores de risco (85% possuíam pelo menos dois fatores de risco) e 2,4% não tinham qualquer fator de risco.

Em relação aos riscos cumulativos, o estudo *INTERHEART* mostrou que os hábitos tabágicos representam 36% do risco de EAM e se este for associado ao colesterol o risco aumenta para 66,4%. Cinco fatores (hábitos tabágicos, dislipidemia, HTA, diabetes e obesidade) apresentaram uma probabilidade de 80% de ocorrer um evento cardiovascular. Yusuf et al., (2004) acrescentaram que os nove fatores de risco cardiovasculares explicam aproximadamente 90% do risco da ocorrência do primeiro evento coronário (EAM) em todo o mundo, em todas as regiões, em ambos os sexos e em todas as idades. Os nove fatores de risco combinados (dislipidemia, hábitos tabágicos, HTA, diabetes *mellitus*, obesidade abdominal, fatores psicossociais, baixo consumo diário de frutas e vegetais, sedentarismo e consumo de álcool) foram significativamente maiores em jovens do que nos mais velhos (90% nos homens e 94%, nas mulheres) (Yusuf, et al., 2004).

Os fatores de risco (HTA, dislipidemia e diabetes) estão associados à comorbidade e à gravidade da doença. Contudo, são as múltiplas condições crônicas que os doentes apresentam que mais contribuem para a complexidade terapêutica, já que envolvem múltiplos medicamentos e dosagens diárias frequentes, podendo comprometer a gestão eficaz da doença crônica (Choudhry, Fischer et al., 2011). Os dados obtidos na nossa investigação corroboram com estes resultados, pois verificámos que os sujeitos que possuíam quatro ou cinco fatores de risco apresentaram piores valores de adesão, comparativamente aos que possuíam somente um fator de risco.

Importa compreender que o risco coronário associado aos fatores de risco é qualitativamente similar em todas as regiões do globo e em todas as etnias, apesar de haver variações significativas na prevalência dos diversos elementos de risco entre as populações.

Quanto aos estilos de vida pouco saudáveis em doentes com DCV, os estudos *EUROASPIRE* refletem as mesmas tendências das populações dos países estudados, chamando a atenção para a necessidade de uma estratégia social para a prevenção destas doenças. Estes também mostraram como é difícil para um doente mudar o comportamento na vida adulta, apesar do desenvolvimento de uma doença com risco de vida (Yusuf, et al., 2004; Kotseva et al., 2009).

Apesar de não ter sido objeto de estudo, importa ainda sublinhar os comportamentos de vida pré-existent não saudáveis, designadamente, os hábitos tabágicos e o consumo excessivo de álcool que foram associados à baixa adesão e são



um contributo significativo para readmissões hospitalares, em doentes com insuficiência cardíaca (Jin et al., 2008; Granger et al., 2009; Aggarwal & Mosca, 2010). Outro aspecto relevante prende-se com os doentes com determinadas comorbilidades (HTA, dislipidémia ou doença vascular periférica) serem menos propensos a interromper a terapia  $\beta$ -bloqueante, ao invés de outras comorbilidades que aumentaram o risco de EAM secundário (diabetes ou doença renal crónica), devido à descontinuidade do tratamento (Akincigil et al., 2008; Granger et al., 2009; Aggarwal & Mosca, 2010).

### 3.4 – Variáveis farmacológicas e a adesão ao tratamento

Quais as variáveis relacionadas com a terapêutica farmacológica (tempo da toma, quantidade prescrita, dificuldade em seguir a prescrição, custo e efeitos secundários da medicação) que influenciam a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?

A OMS publicou, há alguns anos, um documento reconhecendo que a baixa adesão ao tratamento farmacológico é um problema internacional, que afeta particularmente os regimes de tratamento a longo prazo de certas doenças crónicas. Demonstrou, ainda, evidências de que a adesão à medicação diminui significativamente durante os primeiros seis meses após a prescrição (Sabaté, 2003).

A adesão terapêutica diminui drasticamente após seis meses de ter sido instituído o regime (Osterberg & Blaschke, 2005). No nosso estudo, das três variáveis “*número de comprimidos*”, “*tempo de toma da medicação*” e “*custo da medicação*”, somente o “*tempo de toma da medicação*” surgiu como preditor da adesão ao tratamento, sendo que quanto maior for o tempo de toma da medicação, menor é a adesão.

Resultados semelhantes foram encontrados no relatório publicado pela *Current Atherosclerosis Reports* e demonstraram que, apenas metade dos doentes tomaram estatinas nos seis meses subsequentes à sua prescrição, sendo que 30 a 40% continuaram a tomá-las no primeiro ano (Chaudhry & McDermott, 2008). Um outro estudo controlado e randomizado realizado em doentes com insuficiência cardíaca, evidenciou que a adesão à medicação diminui ao longo do tempo, independentemente da taxa de adesão na primeira avaliação (Wu, Moser, Lennie et al., 2008). No início do estudo, a adesão à medicação<sup>24</sup> foi de 94,5%, diminuindo para 90,7% no segundo mês e para 84,2% no nono mês.

---

<sup>24</sup> A adesão à medicação foi avaliada através do MEMS sendo considerada adesão para valores > 88%.

A recente publicação do *National Health and Nutrition Examination Surveys* mostrou que mais de 40% dos hipertensos, em tratamento nos EUA, não tinham a pressão arterial controlada, devido à não adesão à medicação prescrita, o que ocorria no primeiro ano em 32% a 53% dos que iniciavam o tratamento (Bautista, 2008).

Um estudo multicêntrico, que envolveu mais de 17.000 doentes com EAM, concluiu que apenas 45% aderiram aos  $\beta$ -bloqueadores, sendo que o maior decréscimo na adesão ocorreu entre 30 a 90 dias. Quanto às estatinas, a taxa de adesão foi de 40% no segundo ano após a alta (Kramer et al., 2006; Albert, 2008).

Também o relatório da *Duke Databank for Cardiovascular Disease*, utilizado para avaliar a prevalência anual do uso de medicamentos cardioprotetores em doentes com SCA, demonstrou resultados similares. A taxa de adesão à aspirina foi de 83%, aos  $\beta$ -bloqueadores 61%, às estatinas 63% e a toma conjunta dos três medicamentos teve uma taxa de adesão de 39%. No segundo momento de avaliação a adesão à aspirina foi 71%, aos  $\beta$ -bloqueadores 46%, às estatinas 44%, e 21% para a toma conjunta dos três medicamentos anteriores (Albert, 2008).

Um ensaio clínico sobre a adesão nos 6 e 9 meses de tratamento da tuberculose, evidenciou taxas de 60% e 50%, respetivamente (Jin et al., 2008). Noutro estudo comparando esquemas preventivos de 3, 6 e 12 meses, as taxas de adesão foram de 87%, 78% e 68%, respetivamente.

Outro ponto de discussão refere-se aos fatores associados ao próprio tratamento, sendo que os mais relevantes prendem-se com a duração e a complexidade do regime terapêutico. A sua complexidade tem sido consistentemente associada à baixa adesão. A múltipla administração diária e os esquemas de dosagem mais frequentes estão associados à diminuição da adesão (Van Dulmen et al., 2007; Jin et al., 2008; Granger et al., 2009; Lunelli et al., 2009; Cabral & Silva, 2010; Choudhry, Fischer et al., 2011).

Com efeito, os doentes apresentaram níveis de adesão superiores quando os tratamentos são simples de aplicar e as indicações fáceis de entender, quando não estão sujeitos a mudanças frequentes do regime terapêutico, quando estes são de curta duração e quando não obrigam a alterações significativas nas rotinas quotidianas (Jin et al., 2008; Aggarwal & Moscal, 2010). Ao invés, sujeitos com múltiplas condições crónicas enfrentam o problema dos regimes de tratamento complexos, com maior número de medicamentos, não aderindo tão facilmente (Granger et al., 2009; Cabral & Silva, 2010). Outro estudo, transversal, efetuado nos EUA, revelou que cada nova dose diária introduzida no regime terapêutico reduzia em 2,4% a taxa de adesão (Choudhry, Fischer et al., 2011; Choudhry et al., 2014).

Nesta investigação, quanto à quantidade da medicação prescrita, os participantes que expressaram que a medicação era “excessiva” e os que referiram “dificuldade” em cumprir a medicação prescrita foram os que aderiram menos ao tratamento.

Uma meta-análise demonstrou diferença significativa na taxa de adesão entre os doentes que tomavam medicação anti-hipertensiva uma vez e duas vezes por dia (92,1% e 88,9%, respetivamente) (Iskedjian et al., 2002 *cit in* Jin et al., 2008). Também foi documentado noutra estudo que indicou uma relação inversa entre o número de doses diárias e a taxa de adesão. Em consonância, outro estudo demonstrou que, a redução da posologia da medicação, de três a quatro vezes ao dia para uma vez, melhorou significativamente a adesão, designadamente, de 8% para 19,6%, na medicação anti-hipertensiva (Schroeder et al., 2004; Albert, 2008).

Apesar da literatura relatar o incumprimento relacionado com a não aplicação das regras do regime terapêutico, também a excessiva utilização de medicação constitui um comportamento de má adesão, podendo resultar em maior toxicidade e provocar uma multiplicação de efeitos secundários (Bugalho & Carneiro, 2004; Van Dulmen et al., 2007; Wu, Moser, Lennie et al., 2008). Vários estudos documentaram que, o incumprimento tende a diminuir quando a terapêutica seguida tem poucos efeitos secundários e quando apresenta uma eficácia manifesta e imediata no alívio dos sintomas, bem como um baixo custo (Osterberg & Blaschke, 2005; Van Dulmen et al., 2007; Jin et al., 2008; Wu, Moser, Chung & Lennie, 2008; Cabral & Silva, 2010). O nosso estudo vai ao encontro destes resultados, uma vez que observámos que, os participantes que manifestaram efeitos secundários da medicação foram os que aderiram menos.

Apesar do nosso estudo não ter verificado a influência do custo da medicação na adesão, este é reconhecido pela literatura como uma questão crucial, especialmente em doentes com doença crónica cujo período de tratamento pode ser longo. Por outro lado, entende-se que os custos de saúde não deveriam ser um *handicap* para os doentes com rendimentos baixos. No entanto, Jin et al. (2008) verificaram que, mesmo em doentes com participações nas despesas de saúde, mais de um em cada dez idosos, nos EUA, relataram adquirir menos medicação devido ao seu custo. Num outro estudo, efetuado em Portugal, com 1400 sujeitos, por Cabral e Silva (2010), foi observado que as dificuldades económicas foram consideradas para 18,6% dos sujeitos, como primeiro motivo, para 17,5% o segundo e para 12% o terceiro motivo que levou à interrupção da toma da medicação.

Em face dos constrangimentos financeiros, os doentes podem não tomar a medicação prescrita, causando efeitos negativos na saúde. Kurlander et al. (2009) avaliaram a relação entre a não adesão e o custo da medicação em doentes crónicos, tendo concluído que, muitos doentes reduziam a sua medicação devido aos custos

incomportáveis. Se o doente entende que o custo do tratamento é um encargo financeiro, a adesão ao tratamento será definitivamente ameaçada.

### **3.5 – Variáveis relacionados com os serviços de saúde e a adesão ao tratamento**

Quais as variáveis relacionadas com os serviços de saúde (distância, dificuldade na deslocação, periodicidade, assiduidade às consultas e satisfação com a informação acerca da medicação) que influenciam a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?

A distância entre o domicílio do doente e os serviços de saúde constitui uma variável importante na adesão à medicação. O estudo *National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES)*, efetuado com doentes hipertensos, considerou como crucial para o aumento da adesão ao tratamento da HTA a facilidade de acesso aos serviços de saúde (Bautista, 2008). Para suportar esta ideia, algumas evidências na literatura referem que, quanto mais curta for a distância entre a residência e os estabelecimentos de saúde, maior será a probabilidade do doente aderir ao tratamento (Gonzalez, Williams, Noël & Lee, 2005; Jin et al., 2008), o que está em consonância com os resultados que obtivemos.

Vários estudos também estabeleceram uma relação positiva entre a capacidade económica e a adesão pela facilidade de acesso aos cuidados de saúde. Um doente que reside longe da instituição de saúde terá maior dificuldade em aceder aos cuidados de que necessita, quer pela falta de proximidade, quer pelos custos do transporte (Bugalho & Carneiro, 2004; Albert, 2008; Cabral & Silva, 2010; Kenneth et al 2011). Por outro lado, o sistema de prestação de cuidados pode afetar o comportamento de adesão dos doentes, através do acesso aos cuidados, do horário da prestação dos mesmos, da alocação de recursos, das comunicações e sistemas de informação e das prioridades organizacionais. Nos últimos anos, em Portugal, assistiu-se a uma reorganização da estrutura da oferta de cuidados de saúde com a criação das Unidades de Saúde Familiar, que permitem manter uma relação de maior proximidade com os cidadãos, através do contato constante e personalizado. Estas unidades têm sido indicadas como um caso de sucesso por terem causado um impacto positivo na satisfação dos cidadãos, em que cerca de 87% dos inquiridos recomendariam a sua Unidade de Saúde Familiar aos seus amigos (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008).

Com efeito, existem doenças crónicas cuja gestão implica uma significativa mudança de hábitos que, muitas vezes não é executada pelo doente crónico e em que os

efeitos da doença não se fazem sentir de imediato, nomeadamente, no doente diabético, hipertenso e obeso. Nestes casos é necessário criar mecanismos de proatividade para acompanhar estes doentes.

A articulação entre os diferentes níveis de cuidados é essencial para garantir a continuidade dos cuidados de saúde prestados à população e a melhoria da eficiência e da qualidade dos sistemas de saúde. Contudo, as diferenças existentes entre as estratégias de intervenção dos cuidados de saúde primários e dos diferenciados tendem a dificultar a cooperação entre os mesmos, o que muitas vezes não permite alcançar uma articulação efetiva e eficaz.

Desta forma, a adesão ao tratamento é influenciada por problemas atribuídos ao acesso e organização dos serviços de saúde. Estes problemas incluem o processo das prescrições, a dificuldade na marcação de consultas, as preocupações acerca das consultas posteriores, o relacionamento com os profissionais de saúde e a satisfação com os serviços (Gordon et al., 2007; Jin et al., 2008; Cabral & Silva, 2010; Barbosa et al., 2012). Assim, o problema da não adesão, na maioria das vezes, não é imputável nem ao doente, nem ao profissional de saúde, mas sim ao próprio sistema de saúde. Um estudo em doentes com transplante renal, em que comparou a adesão terapêutica em vários países europeus e americanos, encontrou pior taxa de adesão nos doentes americanos (Lamba et al., 2012). Os autores justificam estes resultados com as diferenças existentes nos respetivos sistemas de saúde baseados em seguros. Os fatores relacionados com as equipas de saúde e com a organização dos cuidados podem ser traduzidos em taxas de adesão muito diferentes de país para país.

O estudo epidemiológico *PURE (Prospective Urban Rural Epidemiological)*, realizado com 153.996 doentes com SCA ou AVC que residiam em 600 comunidades (rural e urbana) de 17 países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, teve o objetivo de quantificar a não adesão à medicação cardioprotetora (antiagregantes plaquetários,  $\beta$ -bloqueadores, inibidores da enzima conversora e as estatinas), concluindo que os resultados apontavam para a necessidade de melhorar o acesso ao tratamento (Fuster, 2012).

No que se reporta à periodicidade das consultas, verificámos que a maioria (70,1%) dos participantes do nosso estudo frequentou as consultas, pelo menos duas vezes por ano.

Os doentes que *confiam* no sistema de saúde ou nos profissionais de saúde são mais propensos a aderirem ao regime medicamentoso. Os nossos resultados refletem-se nesta observação, uma vez que os participantes que frequentaram a consulta, pelo menos duas vezes por ano, foram os que apresentaram melhores níveis de adesão. Pensámos que o número de consultas de *follow-up* proporciona maior contacto com o

profissional de saúde, fornece mais esclarecimentos por parte dos profissionais, podendo afetar positivamente a adesão. As expectativas dos doentes quanto à motivação na manutenção da saúde, aliadas às vantagens pessoais em seguir a terapêutica e os benefícios do regime de tratamento são outras possíveis razões que explicam a adesão.

A possibilidade dos doentes se pronunciarem sobre os tratamentos e a disponibilidade dos profissionais de saúde para os escutarem, revelaram-se decisivas em estudos empíricos realizados, recentemente, em Espanha (Loriente-Arín & Serrano-del-Rosal, 2009).

Uma das queixas mais comuns dos doentes é que não recebem informações suficientes sobre a sua doença e tratamento, ou a informação que é fornecida é demasiado complexa de entender e reter (Gellaitry et al., 2005; Van Geffen et al., 2011; Barbosa et al., 2012; Mahler et al., 2012).

O doente tem direito a aceder à informação num formato apropriado e ao nível da sua compreensão, que lhe permita fazer escolhas informadas e tomar decisões relativas à sua saúde. As informações para os doentes e cuidadores devem ser adequadas às suas necessidades e circunstâncias.

Vários estudos demonstraram que há uma completa falta de comunicação entre médicos, enfermeiros e doentes. A investigação realizada por Lapane, Dubé, Schneider & Quilliam (2007), mostrou que 74% dos médicos acreditam que os doentes tomam a medicação prescrita, 83% dos doentes não informam o médico sobre a adesão ao tratamento e Tarn et al. (2008) constataram que o tempo despendido pelo médico na informação sobre a medicação foi de 49 segundos. Estes resultados são apoiados no estudo de revisão da literatura que demonstrou que a satisfação do doente com as consultas aumenta a probabilidade de adesão ao tratamento (Jin et al., 2008).

A acessibilidade funcional, ou seja, o bom vínculo e a relação com os profissionais de saúde são preponderantes na adesão e sobrepõem-se à acessibilidade geográfica (Nemes, Carvalho & Souza, 2004; Jin et al., 2008).

Os fatores referentes à relação do doente com os profissionais e os serviços de saúde são cada vez mais reconhecidos como determinantes na adesão (Gordon et al., 2007; Jin et al., 2008; Martin et al., 2009; Morrison, 2011; Barbosa et al., 2012). É relevante a confiança que o doente tem no tratamento, mas também a qualidade do vínculo que estabelece com o profissional de saúde e a confiança que nele deposita, bem como nos cuidados de saúde (Cabral & Silva, 2010).

A meta-análise desenvolvida por Barbosa et al. (2012) demonstrou uma associação positiva e significativa entre a satisfação com o tratamento e a adesão. Outras pesquisas também mostraram que, os doentes insatisfeitos com as informações que lhes foram

dadas estiveram menos propensos a seguir os conselhos ou a aderirem ao tratamento prescrito (Gellaitry et al., 2005; Bowskill & Garner, 2012).

Os participantes do nosso estudo obtiveram uma média de satisfação de 7,33 (DP=2,93) em 12 pontos possíveis, sendo que a satisfação com a informação acerca da medicação não se revelou preditora da adesão ao tratamento. Diversos estudos apresentaram resultados heterogêneos quanto à insatisfação das informações sobre a medicação. O estudo realizado por Van Geffen et al. (2011) evidenciou que os doentes que apresentaram uma atitude cética (OR=2,86, IC de 95% [1,6; 2,78]) e indiferente (OR=1,67, IC de 95% [1; 2,78]) em relação à medicação cardiovascular, manifestaram a sua insatisfação com as informações recebidas. Outros doentes, apesar da atitude de aceitação face ao tratamento, demonstraram a sua insatisfação por terem recebido pouca ou nenhuma informação quanto ao uso e efeito da medicação e interação da mesma.

O ensino realizado aos doentes na consulta, após prescrição médica, quer seja efetuado por médicos, quer por enfermeiros não é suficiente para minimizar e assegurar uma toma segura da medicação. É necessária uma abordagem multidisciplinar para tratar as doenças crónicas no sentido de melhorar a adesão. A família e a comunidade são determinantes na promoção da adesão. Estas devem ser envolvidas de forma ativa no plano de cuidados.

A fim de tomarem decisões sobre a medicação, os doentes necessitam de informação adequada. A melhor forma de analisar a qualidade da informação prestada é avaliar se os doentes aderiram às recomendações (Van Geffen et al., 2011). No entanto, a informação que parece ser relevante ao profissional de saúde não é necessariamente concordante com a informação que os doentes consideram necessária (Van Geffen et al., 2011; Mahler et al., 2012). Por outro lado, as necessidades de informação diferem em termos da quantidade e na forma como ela é apresentada sobre a ação, uso e potenciais efeitos secundários da medicação (Gellaitry et al., 2005).

A literatura tem referenciado de forma inequívoca que, a associação entre a satisfação com o tratamento e a adesão é clinicamente intuitiva (Barbosa et al., 2012; Mahler et al., 2012). Se um doente está insatisfeito com o tratamento, isso pode afetar negativamente o seu comportamento em termos da qualidade de execução do regime de tratamento, a sua perceção e a intenção de persistir. A satisfação com o tratamento é cada vez mais reconhecida como uma medida importante e sensível para a diferenciação do tratamento e a sua multidimensionalidade está bem documentada.

Do exposto, podemos verificar que, independentemente de outros fatores de natureza técnica ou de organização, o sucesso da consulta baseia-se principalmente no processo de comunicação, na medida em que esta deve traduzir uma verdadeira troca de informações entre os profissionais e os doentes. Estes necessitam de saber que, os

profissionais de saúde compreenderam os seus problemas e a proposta de tratamento que mais se adequa às suas necessidades. Os doentes mais *exigentes* pretendem ainda participar na tomada de decisão sobre a sua saúde. Como explicita Conrad (1985), o doente não está preocupado com a não adesão ao tratamento, mas sim em lidar com a sua condição de vida da forma que lhe convenha e que lhe permita maior autocontrolo e liberdade.

### **3.6 – Variáveis sociofamiliares e a adesão ao tratamento**

Quais as variáveis sociofamiliares que predizem a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?

Grande parte dos estudos dirige a sua atenção para a família, uma vez que esta representa, de uma maneira geral, uma fonte de apoio básica para o doente com doença crónica e é a principal estrutura de entajuda em situações de dificuldade. Ter uma família coesa e apoiante está associado a uma melhor monitorização e a um controlo mais eficaz da doença (Mann, Ponieman, Leventhal & Halm, 2009; Scheurer et al., 2012).

A literatura refere que, na sociedade atual, o cônjuge tem um papel fundamental na reabilitação do doente com EAM. Um estudo realizado por Lunelli et al. (2009), em doentes com SCA, sugere uma associação entre o estado civil e os processos de morbilidade e mortalidade por doenças crónico-degenerativas. A frequência das doenças eleva-se nos solteiros e a mortalidade é maior entre os viúvos, os divorciados e os solteiros.

Os resultados do nosso estudo não vêm ao encontro destas conclusões, dado que não foi conduzido nesse sentido. No entanto, realçamos que, cerca de metade dos participantes coabitavam com o cônjuge, 29,9% em família restrita e 8,7% “sozinhos”, mas não nos sugerem se é indicativo de coesão familiar. Um estudo conduzido por Wu et al. (2012), em doentes com insuficiência cardíaca, revela que os casados percecionaram maior apoio social em comparação com os solteiros (70,8 vs. 58,8,  $p=0,001$ ). O mesmo estudo mostrou ainda que os doentes aderentes à terapêutica tinham obtido maior pontuação de apoio social do que os não-aderentes (69,1 vs. 62,8,  $p=0,049$ ), pelo que, investigações posteriores demonstraram que não é só o estado civil, mas a interação deste com o apoio social que está relacionada com a adesão à medicação. Aliás, neste contexto surge um estudo qualitativo desenvolvido por Scheurer et al. (2012), em que observaram que, o maior apoio prático em tomar a medicação foi mais consistentemente, associado a uma maior adesão ao tratamento, do que o apoio estrutural (coabitação ou o



apoio de um cônjuge/companheiro). Isto implica que a mera presença de um cônjuge/companheiro não é suficiente para afetar o comportamento.

No desenrolar da nossa pesquisa, observámos o apoio social através da funcionalidade familiar, onde detectámos que a média foi de 7,04 (DP=2,79), o que só por si traduz uma boa funcionalidade familiar, já que situa as famílias do nosso estudo como altamente funcionais.

Apurámos ainda que as mulheres percecionaram melhor a funcionalidade da família do que os homens ( $8,21 \pm 2,27$  vs  $6,68 \pm 2,85$ ;  $p < 0,001$ ). Este resultado, ao invés do desejado, poderá ser contraproducente, na medida em que a literatura vem apontando que a proteção das esposas, face ao doente, limita as suas atividades e os seus papéis passam a reorganizar-se de uma forma negativa, originando sentimentos de incapacidade e de desespero. Esta interferência terá um efeito pernicioso que pode aumentar o ciclo vicioso da inatividade e, conseqüentemente, da não adesão terapêutica.

O estudo efetuado por Wu, Moser, Chung et al. (2008) evidencia a importância do apoio familiar em recordar aos doentes a toma e o hábito de tomar a medicação, concluindo os mesmos autores, num estudo mais recente realizado em doentes com insuficiência cardíaca, que a baixa adesão e o deficiente apoio social representaram um risco 3,5 vezes maior de eventos cardíacos do que os doentes que aderiram e tiveram um suporte social superior (Wu et al., 2012). Por outro lado, os baixos níveis de apoio emocional têm sido associados a um número de resultados negativos para a saúde cardiovascular. Com efeito, um estudo prospetivo, realizado no espaço temporal de seis anos, em 736 participantes com baixos níveis de apoio emocional, revelou um risco de 3,1 vezes em reincidirem ou morrerem por SCA (Everson-Rose & Lewis, 2005).

Tem sido considerável a pesquisa desenvolvida acerca da importância do apoio social em adultos com doença crónica. Este é um dos principais mediadores psicossociais de adaptação à doença e à manutenção da saúde (Everson-Rose & Lewis, 2005; Jin et al., 2008; Cabral & Silva, 2010; Johnson, Jacobson, Gazmararian & Blake, 2010; Mayberry & Osborn, 2012; Scheurer et al., 2012; Wu et al., 2012).

Os nossos resultados confirmam este pressuposto, ao evidenciar que a funcionalidade familiar e o apoio social são variáveis que surgem como preditoras da adesão, sendo que quanto melhor estes forem, maior será a adesão, embora se tenha demonstrado que os homens dispõem de menor apoio social do que as mulheres, designadamente, no “*Apoio informativo*”.

Vários estudos apresentaram resultados inconclusivos. Por exemplo, no estudo longitudinal de Scheurer et al. (2012), efectuado em 1141 doentes com EAM, seguidos durante dois anos, não foi identificada nenhuma associação significativa entre o apoio social, redes sociais ou atividades sociais e adesão à medicação antiarrítmica. Um outro

estudo desenvolvido por Friedberg et al. (2009), que envolveu 496 doentes hipertensos, não encontrou relação entre o apoio dos amigos ou da família, na adesão à medicação anti-hipertensora. Uma explicação para este resultado pode dever-se ao fato de o apoio social só ser benéfico apenas nos momentos em que o doente precisa de ajuda no apoio a solicitações e quando as necessidades de apoio são cumpridas, portanto, quando o apoio adequado é recebido (Warner et al., 2013).

Neste sentido partilhamos da opinião de que, a natureza multidimensional dos recursos sociais e dos seus efeitos inconsistentes sobre a adesão, necessita de uma abordagem mais subtil, considerando os diferentes tipos e níveis de especificidade de influências sociais.

O meio social em que o indivíduo se encontra inserido constitui um dos fatores com potencial preditivo. O fato de o doente pertencer a um núcleo familiar estruturado, associado a uma situação conjugal estável, bem como o apoio que recebe das suas redes sociais para cumprir o tratamento podem influenciar positivamente o seu comportamento. Com efeito, quem vive só ou possui redes de sociabilidade limitadas tem mais probabilidade de encontrar dificuldades em seguir as indicações médicas.

### **3.7 – Crenças acerca da medicação e a adesão ao tratamento**

Quais as variáveis relacionadas com as crenças acerca da medicação que predizem a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica?

As crenças dos doentes, motivação e atitude negativa em relação aos tratamentos têm sido identificadas como fatores psicológicos (Jin et al., 2008). Existem evidências de que a perceção do tratamento (adesão à medicação) pode ser mais preditiva do que as representações da doença (Jin et al., 2008; Schüz et al., 2011; French, Wade & Farmer, 2013). Contudo, Stafford, Jackson e Berk (2008) referiram que os estudos prospetivos sobre o impacto das perceções da doença e a adesão à prevenção secundária, em doentes com DCV, são escassos.

Os doentes têm as suas próprias perspetivas relativamente ao uso da medicação e tomam decisões baseadas nas suas crenças e experiências, ponderam os riscos e os benefícios relativamente à toma da medicação e fazem os seus julgamentos, tendo em consideração a eficácia percebida, a segurança e o valor, em termos de resultados, para a sua saúde (Gordon et al., 2007; McHorney, 2009; McHorney et al., 2009).

Vários autores encontraram uma associação modesta entre as representações da doença e os comportamentos individuais em saúde, com baixos *scores* quanto à

identidade da doença. Este resultado contrasta com o estudo realizado por Jin et al. (2008) em que a adesão foi fortemente relacionada com as crenças sobre as causas, significados e motivação para seguir o tratamento.

Um estudo que envolveu 1084 doentes com SCA teve como objetivo descrever as percepções da doença e crenças sobre a medicação. A adesão à medicação foi o único preditor entre os comportamentos relativos à prevenção secundária (hábitos tabágicos, dieta, exercício, consumo de álcool e adesão à medicação), sendo que as representações da doença mostraram-se mais frágeis quanto à predição da adesão. Assim, uma forte crença na necessidade de medicação e menos preocupações sobre esta foram preditivos da maior adesão (Byrne, Walsh & Murphy, 2005).

Também a pesquisa de Gordon et al. (2007), relativamente às doenças crónicas, evidenciou que os principais problemas relacionados com o uso da medicação foram: (a) as percepções dos doentes relativas à doença; (b) o medo dos efeitos secundários e suas formas de *coping*; (c) as crenças e comportamentos relativamente ao uso da medicação; (d) problemas cognitivos, físicos e sensoriais, os quais interferem na capacidade em administrar a medicação; (e) a falta de informação ou compreensão relativa ao uso da medicação e (f) problemas atribuídos ao acesso e organização dos serviços de saúde. Estes resultados são consistentes com outros estudos em que foi utilizado o mesmo instrumento, o Questionário de Crenças acerca dos Fármacos, cujo objetivo consiste em avaliar as representações cognitivas que os sujeitos fazem em relação aos fármacos.

Na pesquisa que desenvolvemos, as crenças dos doentes acerca da necessidade específica da medicação que lhes foi prescrita obtiveram uma média de  $20,78 \pm 2,31$ . Em relação às crenças relacionadas com a dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo, a média foi de  $14,37 \pm 3,24$ . Somente as *“preocupações específicas”* surgiram como preditor significativo da adesão ao tratamento, variando em sentido inverso, isto é, quanto maior a crença dos doentes acerca do potencial nocivo dos fármacos, menor é a adesão ao tratamento. Estes resultados vão ao encontro de várias pesquisas que demonstraram que os sujeitos com crenças mais fortes nas *“preocupações específicas”*, que traduzem o potencial nocivo dos fármacos a longo prazo, têm menor taxa de adesão, designadamente, nas doenças crónicas (McHorney & Gadkari, 2010; Sirey, Greenfield, Weinberger & Bruce, 2013), na insuficiência cardíaca (Cottrell, Denaro & Emmerton, 2013), na diabetes (Mann et al., 2009), na dislipidémia (Gatti, Jacobson, Gazmararian, Schmotzer & Kripalani, 2009; Molfenter, Bhattacharya & Gustafson, 2012), na asma (Jin et al., 2008) e nos cuidados de saúde primários (Mahler et al., 2012; Ose et al., 2012).

Também Ruppap, Dobbels & De Geest (2012), num estudo prospetivo randomizado, publicado na Geriatric Nursing, apresentaram resultados semelhantes, revelando que os

participantes não aderentes relataram maior preocupação sobre a sua medicação anti-hipertensiva do que os aderentes.

De acordo com a literatura, seria expectável que as crenças em saúde, profissionais de saúde e medicação influenciassem a adesão aos tratamentos. Contudo, estudos realizados nesse sentido não demonstraram essa relação (Lamba et al., 2012; French et. Al., 2008, 2013).

Outro aspeto reporta-se ao perfil do doente quanto aos comportamentos anteriores face à adesão à medicação. Molfenter et al. (2012), num estudo realizado em 1433 doentes com DCV, revelaram que entre as crenças em saúde, o fator mais relacionado com a adesão às estatinas foi a intenção comportamental.

Em suma, as intervenções para alterar comportamentos de saúde podem ser mais eficazes, se o alvo se centrar nas crenças sobre o comportamento, em vez de crenças sobre a doença. Contudo, French et al. (2013) referiram que os resultados mais recentes têm ignorado este avanço e focado, em vez disso, a natureza das crenças sobre a doença, em detrimento dos fatores relacionados com o comportamento que teria maior impacto nos resultados de saúde do doente.

## Capítulo 4 – Proposta de Intervenção

Os resultados deste estudo permitiram orientar as ações a implementar e a desenvolver, pela equipa multidisciplinar de saúde, em parceria com os doentes, relativamente ao processo de gestão do regime terapêutico. Envolve orientações de diferentes profissionais, terapêutica farmacológica e alterações nos estilos de vida (Gould & Mitty, 2010).

A promoção da adesão ao regime terapêutico vai depender do profissional de saúde que a efetiva. O médico mobiliza as competências no estabelecimento do diagnóstico, enquanto que o enfermeiro, além de complementar a intervenção do ato médico, valoriza o papel do doente ao estabelecer uma relação interpessoal e implementa intervenções autónomas que vão ao encontro das necessidades específicas da pessoa.

A perspetiva do doente é essencial na implementação e desenvolvimento de intervenções para melhorar a adesão. Impõe-se a mudança de paradigma, ou seja, a substituição do modelo da medicina prescritiva, curativa e centrada na doença, pelo modelo participativo, centrado na pessoa (*person-centered care*<sup>25</sup>), que modifica a relação entre os doentes e os profissionais de saúde, transformando-os nos principais produtores sociais da sua própria saúde (Sabaté, 2003; Morgan & Yoder, 2012).

Nesta perspetiva, o modelo de ACE-ME<sup>26</sup> constitui uma estrutura útil na implementação de estratégias para melhorar e manter a adesão ao tratamento. Assim, os elementos necessários para estabelecer um plano de intervenção, acordado entre o doente e o enfermeiro consistem na avaliação inicial, colaboração e educação e a segunda parte integra a monitorização e a avaliação (ACE-ME) (Bergman-Evans, 2006-a; Bergman-Evans, 2006-b; Gould & Mitty, 2010; Bosworth et al., 2011).

**Avaliação inicial.** O primeiro e mais importante componente, no processo de resolução de problemas, consiste na sua identificação. É fundamental que as pessoas identifiquem o problema na perspetiva pessoal e social, o que pode ser facilitado quando há uma relação de colaboração entre doentes e a equipa de saúde (Bodenheimer, Lorig, Holnick & Grumbach, 2002; Gould & Mitty, 2010). Sendo assim, a avaliação da adesão centra-se em duas áreas: (a) *avaliação da capacidade de gestão da medicação* e (b) *avaliação dos efeitos da medicação*.

---

<sup>25</sup> A abordagem centrada na pessoa é uma abordagem das relações interpessoais desenvolvida pelo psicólogo Carl Rogers (1902-1987), que valorizava a congruência, consideração positiva, incondicional e empatia.

<sup>26</sup> assessment, collaboration, education, monitoring e evaluation

*Avaliação da capacidade de gestão da medicação.* Para a gestão da medicação é importante (a) compreender a forma como é vivida a doença, os seus sinais, sintomas e o tipo de apoio que a pessoa necessita para ultrapassar as dificuldades e (b) avaliar a capacidade do doente quanto às habilidades cognitivas e funcionais necessárias para autoadministrar a medicação em segurança. O nível de literacia é um aspeto fundamental. Alguns estudos evidenciaram uma associação entre a baixa escolaridade e a inadequada capacidade na gestão da medicação, especialmente no que diz respeito à compreensão da posologia (Gould & Mitty, 2010; Bosworth et al., 2011).

Devem ser avaliadas as dificuldades no cumprimento das recomendações terapêuticas, em todas as consultas, para quantificar o grau de adesão (Atreja et al., 2005; ACPM, 2011). As questões dirigidas ao doente não devem ser diretas, de modo a evitar falta de realismo nas respostas. Nesse sentido, Perdigão (2008) propõe que sejam dirigidas três questões a saber: “tem alguma dificuldade em tomar os comprimidos?”, “toma todos os comprimidos que lhe foram prescritos?” e “toma todos os dias os comprimidos prescritos?”.

*Avaliação dos efeitos da medicação.* Os efeitos secundários são um dos principais problemas com a adesão ao tratamento.

Em termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a não adesão é um foco de atenção utilizado para descrever as necessidades de cuidados da pessoa, família ou comunidade, expressa em diagnósticos, tais como: (a) capacidade de gestão do regime; (b) adesão ao regime (de dieta, de exercício, de medicação e de manutenção da saúde) e (c) capacidade para se ajustar (adequação).

Após a avaliação da não adesão ao tratamento, nomeadamente, a identificação da medicação, a acessibilidade, a dosagem e o tempo é identificado o “*regime medicamentoso ineficaz*” ou “*risco de gestão ineficaz do regime medicamentoso*”.

No que se refere aos doentes aderentes quanto ao “*risco de gestão ineficaz do regime medicamentoso*”, a intervenção visa essencialmente monitorizar e supervisionar a não adesão para identificar precocemente necessidades de intervenção e apoiar a pessoa na manutenção de comportamentos adequados.

A identificação do “*regime medicamentoso ineficaz*” refere-se a uma necessidade de cuidados em que, perante a doença, a pessoa deve adotar comportamentos e realizar atividades para controlar e a minimizar o impacto da doença na sua vida, a longo prazo.

**Colaboração.** É o segundo componente do modelo ACE-ME (Bosworth et al., 2011). Qualquer plano de intervenção deve priorizar a parceria, cujo processo deve ser contínuo e flexível. Esta permite ao enfermeiro identificar as necessidades de saúde (informação, compreensão, crenças e preocupações sobre a medicação) e selecionar de

forma adequada o plano de tratamento (Epstein et al., 2005; Arbutnott & Sharpe, 2009; Zolnierek & DiMatteo, 2009; Hartley & Repede, 2011; Braithwaite et al., 2013).

A colaboração com o doente e com todos os outros prestadores de cuidados deve ser parte do processo de adesão. Isso inclui, não apenas os profissionais de saúde, mas os membros da família e pessoas significativas.

A decisão partilhada, fator fundamental no cuidado centrado na pessoa,<sup>27</sup> traduz a capacidade dos profissionais em transmitirem informações sobre os benefícios e os danos das diferentes alternativas de intervenção, ajustando às suas preferências e estilo de vida (Atreja et al., 2005; Gould & Mitty, 2010; Bosworth et al., 2011). Assim, a participação transforma as pessoas em parceiros ativos na tomada de decisões sobre recursos, definição de prioridades e é garantia da responsabilização (Gould & Mitty, 2010; Morgan & Yoder, 2012).

**Educação.** É o terceiro componente do modelo ACE-ME. É um recurso fundamental na intervenção terapêutica dos enfermeiros (ensinar, instruir), promotor de uma melhor adesão, pois é imprescindível educar os doentes acerca dos seus problemas de saúde, benefícios do tratamento e complicações associadas à não-adesão.

Educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e a doença, produzindo mudanças no conhecimento, compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, proporcionar mudanças de convicções e atitudes, facilitar a aquisição de competências e ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida (Tones, 1994; Gould & Mitty, 2010; Morgan & Yoder, 2012). Assim, a construção do processo de *empowerment* do doente deverá ser iniciada a partir da relação dos doentes com os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, porque são estes que, estando mais próximos, tendem a exercer o papel de educadores.

O *empowerment* consiste num processo em que o doente adquire maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionando-lhe ganho de conhecimentos e desenvolvimento de competências, que lhe permitem a tomada de decisões e uma participação efetiva no seu projeto de saúde (Gibson, 1991; Tones, 1994). O *empowerment* pode, assim, ser utilizado intencionalmente pelos profissionais de saúde como uma ferramenta catalisadora da relação terapêutica, uma vez que através da parceria, da empatia e do compromisso o doente adquire poder, autodeterminação e capacidade de utilizar os seus próprios recursos. Este processo permite-lhe por um lado,

---

<sup>27</sup> Assim, a comunicação centrada no doente consiste numa componente central dos cuidados de saúde de alta qualidade e inclui quatro domínios de comunicação: a perspetiva do doente, o contexto psicossocial, o entendimento partilhado e a divisão de poder e de responsabilidade (Arbutnott & Sharpe, 2009)

o desenvolvimento de novas competências e por outro, torna-o capaz de aceitar a sua doença, possibilitando a aquisição de um novo sentido para a vida.

**Monitorização.** Refere-se à avaliação da implementação do plano de intervenção. A sua finalidade é reconhecer a não-adesão e os sinais de alteração no comportamento do doente ou estado clínico, para ajudar a prever quando a medicação não é eficaz.

A instituição de um plano de intervenção no âmbito da adesão ao tratamento requer uma avaliação contínua do doente, cuja monitorização deve ser intensificada nas patologias assintomáticas, onde os níveis de adesão tendem a diminuir precocemente.

A gestão eficaz do regime terapêutico na cardiopatia isquémica implica a aquisição de competências cognitivas e instrumentais, que permitam a sua integração fluida e mestria no dia-a-dia.

Os doentes devem ser incentivados a efetuar a automonitorização (glicémia, peso, tensão arterial), principalmente os recém-diagnosticados, como parte da educação para a autogestão. A finalidade da monitorização tem de ser estabelecida. É necessário que estejam disponíveis para serem educados para interpretar os resultados e se ajustem às mudanças necessárias. Assim, o doente, detentor da informação, foca as suas preocupações, gera alternativas e age perante a situação ao ter comportamentos de autocuidado, tem o poder ou o *empowerment* de se cuidar, de tomar decisões e de se comprometer nas mudanças da sua vida.

Em todos os contactos com o doente impõe-se perguntar sempre, qual a medicação que constitui o seu plano de tratamento? Esta medida reforça a importância da medicação e demonstra o interesse do profissional de saúde. Este deve manter um sistema de registo, de fácil acesso dos dados individuais e um esquema farmacológico até à consulta subsequente. É fundamental uma boa articulação entre os diferentes elementos da equipa de saúde, de modo a evitar informações contraditórias e modificações frequentes do esquema terapêutico.

As intervenções de enfermagem serão fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar. Assim, são indicadores da capacidade para gerir a adesão ao tratamento pelo doente: a descrição do regime medicamentoso e a descrição das estratégias adequadas para controlar a condição crónica. Estes indicadores são *outputs* da documentação dos enfermeiros.

**Avaliação.** Apesar da dificuldade em determinar o nível de adesão dos doentes ao tratamento é de extrema importância a avaliação do processo de adesão, pois é sempre relevante analisarmos em que medida as estratégias adotadas para a resolução da baixa



adesão foram eficazes. Se não for conseguido, reinicia-se um novo ciclo do modelo ACE-ME, avaliação inicial, colaboração, educação, monitorização e avaliação.

Como já foi referido, o primeiro passo para melhorar a adesão consiste no reconhecimento mais amplo do problema da não adesão e, uma vez identificado, devem ser implementadas estratégias simples, na prática diária, para a melhorar.

Vários autores agruparam as intervenções em cinco categorias – SIMPLE – *Simplify the regimen, Impart knowledge, Modify patient beliefs and human behavior, Provide communication and trust, Leave the bias e Evaluate adherence* (cf. Quadro 44) (Atreja, et al., 2005; ACPM, 2011).

**Quadro 44 - Intervenções agrupadas segundo o modelo “SIMPLE”**

<b>Estratégias</b>	<b>Intervenções específicas</b>
Simplificar o regime terapêutico	Ajustar o tempo, frequência, quantidade e posologia
	Adequar às atividades da vida diária dos doentes
	Utilizar organizadores de medicação, lembretes e alarmes
Intensificar a oferta de conhecimentos sobre a doença (Foco no doente e na tomada de decisão partilhada)	Usar linguagem simples, adequada ao nível de literacia do doente
	Distribuição de informação escrita – panfletos: - Limite de instruções para 3 ou 4 pontos principais
	Disponibilizar a informação/educação para a saúde na Web
Modificar as crenças dos doentes	Capacitar os doentes a autogerir a sua condição e questionar: - as suas expectativas, necessidades e experiências com a medicação - o que poderia ajudá-los a tornarem-se e a manterem-se aderentes - se percebe o risco da doença devido à não adoção de comportamentos saudáveis (suscetibilidade percebida) - se percebe as suas condições de saúde (severidade percebida) - se acredita nos efeitos positivos do tratamento sugerido (benefícios percebidos) - se possui mecanismos de <i>coping</i> para enfrentar os seus medos e preocupações (barreiras percebidas) - se percebe que possui habilidades necessárias para executar o comportamento saudável (autoeficácia)
	Considerar o plano de contingência
	Dar reforço positivo - recompensar a autoeficácia com louvor
Promover a melhoria da comunicação com o doente e família	Escutar ativamente, fornecendo mensagens claras e diretas
	Incluir os doentes nas decisões
	Enviar lembretes via correio, e-mail ou telemóvel
	Estabelecer compromissos em parceria
Levar em consideração aspetos demográficos	Efetuar visitas domiciliárias, apoio familiar e aconselhamento
	Adaptar a educação ao nível da compreensão dos doentes
Avaliar a adesão	Avaliar a adesão através: - do autorrelato (mais comumente utilizado) - da contagem dos comprimidos - dos parâmetros bioquímicos

Fonte: Adaptado de Atreja et al. (2005); Albert (2008); ACPM (2011).

### ***Simplificar o regime terapêutico (Simplify the regimen)***

A administração diária múltipla e esquemas de dosagem mais frequentes estão associados à maior probabilidade de baixa adesão (Van Dulmen et al., 2007; Jin et al., 2008; Granger et al., 2009; Lunelli et al., 2009; Cabral & Silva, 2010; Choudhry, Fischer et al., 2011). A redução da posologia tem sido associada, significativamente, à adesão ao tratamento (Schroeder et al., 2004; Albert, 2008). Estratégias simples, baseadas em evidências, podem ser implementadas, como a redução do número de doses diárias de medicação, organização em caixas de comprimidos, entrevista motivacional e educação dos doentes sobre a importância da adesão (Atreja et al., 2005; ACPM, 2011).

### ***Intensificar a oferta de conhecimentos sobre a doença (Impart knowledge)***

A investigação tem demonstrado, consistentemente, que a compreensão dos doentes relativamente às suas condições crónicas e tratamentos está positivamente relacionada com a adesão.

A forma como a informação é transmitida pelo profissional de saúde aumenta o conhecimento do doente, a satisfação e por sua vez a adesão. Uma parte fundamental da satisfação é moldada pela relação estabelecida entre o doente e o profissional de saúde (Lorient-Arín & Serrano-del-Rosal, 2009). É fundamental que os profissionais de saúde se certifiquem de que a informação foi compreendida (Atreja et al., 2005; ACPM, 2011).

### ***Modificar as crenças dos doentes (Modify patient beliefs and human behavior)***

As crenças dos doentes, intenções e autoeficácia (capacidade percebida para executar a ação) assumem um papel fundamental no processo de adesão (Atreja et al., 2005; ACPM, 2011).

A adesão é um processo de tomada de decisão racional, que é impulsionada pelas crenças e experiências dos doentes relacionadas com o tratamento e a doença. Diversos estudos demonstram que a decisão em aderir é exclusiva para cada medicamento e é condicionada por três fatores – 3Cs - *commitment*, *concerns* e *costs* (compromisso, preocupações e custos): (a) a perceção da necessidade de medicação (relacionada com a compreensão da doença e do tratamento); (b) a perceção relativa às preocupações sobre a medicação (relacionada com os efeitos colaterais e a segurança) e (c) a perceção da acessibilidade à medicação (McHorney, 2009; McHorney et al., 2009).

Desta forma os profissionais de saúde devem capacitar os doentes para o processo de tomada de decisão sobre o seu projeto de saúde, incidindo na suscetibilidade, gravidade percebida, motivação para a saúde, benefícios, barreiras e custos percebidos (Atreja et al., 2005; Gordon et al., 2007; McHorney, 2009; McHorney et al., 2009).

***Promover a melhoria da comunicação com o doente e família (Provide communication and trust)***

A relação com os profissionais de saúde influencia a adesão porque estes têm, não só um papel de apoio, mas também de educação, nomeadamente na transmissão da informação relativa à adesão ao regime terapêutico (Epstein et al., 2005; Gordon et al., 2007; Jin et al., 2008; Ingersoll & Cohen, 2008; Smith et al., 2008; Loriente-Arín & Serrano-del-Rosal, 2009; Zolnierek & DiMatteo, 2009; Cabral & Silva, 2010; ACPM, 2011; Barbosa et al., 2012).

***Levar em consideração aspetos demográficos (Leave the bias)***

As primeiras investigações relativas à adesão incidiam nos fatores demográficos e características da personalidade que supostamente estariam associados à baixa adesão (Bugalho & Carneiro, 2004; Steiner et al., 2009).

Numa revisão da literatura, não foi encontrada uma relação clara entre adesão e raça, sexo, escolaridade, inteligência, estado civil, situação ocupacional, rendimento e origem étnica ou cultural (Haynes, 1979; Haynes et al., 2008; Steiner et al., 2009), embora alguns estudos tenham encontrado uma correlação da adesão com o sexo e a escolaridade (McHorney, 2009; McHorney et al., 2009). Todavia, este efeito é pequeno e pode ser superado, adequando a educação ao nível de compreensão do doente.

***Avaliar a adesão (Evaluate adherence)***

Os profissionais de saúde subestimam o problema da não adesão dos doentes. A não adesão ao regime terapêutico é um problema de importância internacional que não conhece limites geográficos ou políticos, por isso, torna-se imperativo medir a adesão. A avaliação da adesão ao tratamento deve ser considerada como o sexto sinal vital, além da frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura e dor que são habitualmente avaliadas, uma vez que o reconhecimento da não adesão é o primeiro passo importante no sentido de o resolver, especialmente em doentes crónicos que tomam medicamentos (Ho et al., 2009; Fitzgerald & Ho, 2012).

Tem sido afirmado, por vários autores, que melhorar a adesão ao tratamento é uma estratégia altamente eficiente para melhores resultados em saúde, do que investir em novos medicamentos, obtendo assim melhores benefícios na qualidade de vida (Choudhry, Avorn et al., 2011; Choudhry et al., 2014).

Propomos um modelo, com base na revisão da literatura, que defende um sistema de saúde baseado em evidências que atendam às necessidades das pessoas com doença crónica.

Atualmente, um dos modelos que tem recebido maior atenção e que se mostra entre os mais influentes e com contributos na gestão da doença crónica é o Modelo dos Cuidados Crónicos. Foi desenvolvido por Wagner et al. (2001) e assenta na assunção de que os ganhos de qualidade na prestação de cuidados exigem uma abordagem compreensiva multisistémica que integre os três elementos fundamentais: indivíduo, profissionais de saúde e sistema, em articulação com os serviços de saúde e os recursos da comunidade. Este é considerado um modelo inovador de prevenção e controle das doenças crónicas, com relevância atribuída à centralidade dos cuidados e ao *empowerment* no cidadão.

A interação de complementaridade da comunidade com o sistema de saúde confere suporte a quatro componentes (Wagner et al., 2001; Moroz, 2007; Dancer & Courtney 2010; Escoval et al., 2010; Mendes, 2012; Stellefson et al., 2013): (a) a *organização do sistema de prestação de cuidados* que visa assegurar uma distribuição eficiente dos recursos; (b) os *sistemas de informação clínica* constituem um pré-requisito para um cuidar coordenado, integrado e orientado por evidências científicas (a utilização de um sistema de informação com dados individuais e agregados da população deve ser de fácil acesso); (c) o *suporte à decisão clínica*, que deve ser consistente com as evidências científicas, devendo ser incorporada na prática, devendo ainda ser partilhada com os doentes, de forma a incentivar e fortalecer a sua participação nos cuidados de saúde e (d) o *suporte à autogestão* o qual no regime terapêutico é um aspeto fundamental deste modelo, que valoriza o papel central da pessoa informada com doença crónica o seu *empowerment*, ou seja, a sua capacitação para gerir a sua saúde e os seus cuidados. Este surge em função do interface entre a comunidade e os sistemas de saúde, influenciado pelas características da comunidade, políticas e recursos existentes e ainda pelo sistema de saúde que facilita ou cria dificuldades à participação, ou seja, a capacitação da pessoa para o seu autocuidado.

Na equipa multidisciplinar, o enfermeiro promove a participação, educação e capacitação do doente, na participação do processo de decisão e gestão clínica da doença, aumentando assim a sua coresponsabilização na evolução da doença e qualidade de vida.

O modelo de intervenção é uma abordagem multidisciplinar, que analisa as estratégias no contexto da equipa e fatores relacionados com o sistema. Este privilegia a interação entre o doente motivado, com informação, aptidão e confiança necessárias para tomar decisões efetivas, acerca da sua saúde e para a gerir, bem como uma equipa de profissionais motivada com informação para o doente, apoio à decisão e recursos necessários para prestar cuidados de alta qualidade (Wagner, 2001; Moroz, 2007;

Dancer & Courtney 2010; Escoval et al., 2010; Mendes, 2012; Stellefson et al., 2013). Para a compreensão do modelo, recorreremos à sua representação gráfica (cf. Figura 6).

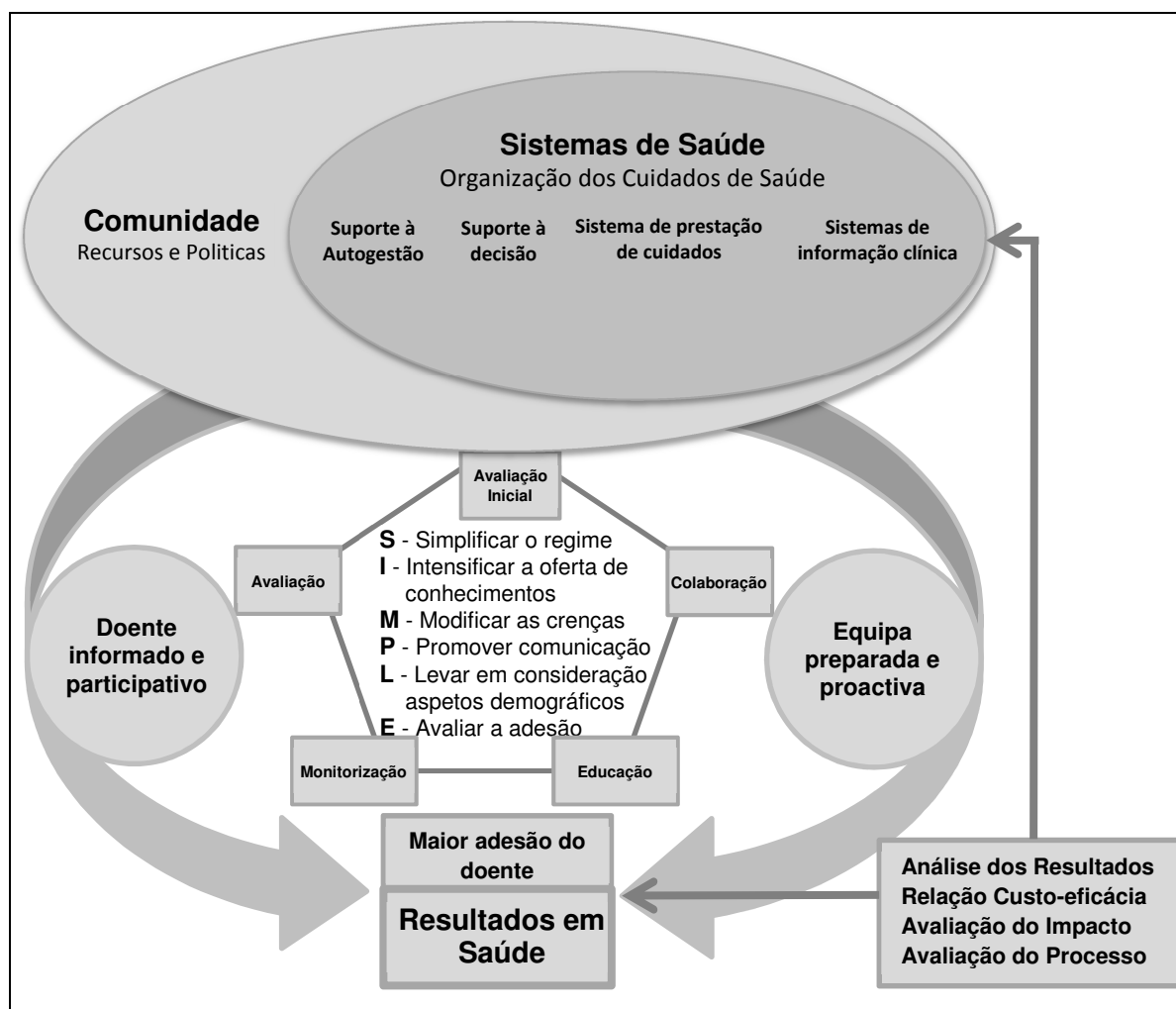


Figura 6 - Modelo de intervenção na adesão ao tratamento  
 Fonte: Adaptado de Wagner et al. (2001); Atreja et al. (2005); ACPM (2011).

Da Figura também sobressai que a adesão é um processo dinâmico que precisa ser exaustivamente avaliada, fechando o ciclo de *feedback* assente na boa avaliação, que por sua vez implica a definição de critérios específicos para medir a adesão, tanto do processo, como dos resultados da intervenção.

Os resultados do presente estudo e as suas interferências teóricas, permitem-nos o reconhecimento de que a adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica, implica por parte dos enfermeiros, uma intervenção articulada no seio de uma equipa multidisciplinar, centrada na pessoa, com o objetivo de a capacitar, melhorando a autogestão da sua condição crónica de forma eficaz, prevenindo complicações e possibilitando atingir a qualidade de vida mais elevada.



## Capítulo 5 – Conclusões

A adesão ao regime terapêutico assume uma grande importância no mundo atual, representando uma enorme preocupação para as políticas de saúde. As suas implicações são de grande relevância para a morbidade e mortalidade, bem como para o significativo aumento do consumo de cuidados e de custos para o sistema de saúde.

A medicina moderna tem sido notável pela descoberta de numerosos medicamentos que melhoram os resultados das intervenções em saúde. Desde a década de 50, que cerca de uma centena de medicamentos cardioprotetores foram desenvolvidas. No entanto, apesar dos benefícios da medicação cardiovascular, como estatinas,  $\beta$ -bloqueadores, antiagregantes plaquetários (aspirina) e inibidores da enzima de conversão da angiotensina, cerca de 50% dos doentes não aderem ao tratamento (Naderi et al., 2012; Kronish & Ye, 2013).

Atualmente, uma percentagem significativa dos doentes com condições crónicas depara-se com a necessidade de tomar medicação. A prescrição de cuidados de saúde, nomeadamente, a medicação, constitui 70% dos atendimentos ambulatoriais, envolvendo o fornecimento, a prescrição ou a continuidade da medicação (Raofi & Schappert, 2006).

A cardiopatia isquémica consiste numa situação clínica tratável, mas não curável, que depende muito da forma como o doente aceita e se envolve no tratamento, cujas intervenções em saúde devem assim ser orientadas no sentido de prestar atenção, compreender, ensinar e apoiar.

Este estudo pretendeu, para além de avaliar a adesão ao tratamento, relacionar a influência de diversos fatores sociodemográficos, clínicos, farmacológicos, dos serviços de saúde, sociofamiliares e crenças acerca da medicação na adesão ao tratamento da pessoa com cardiopatia isquémica.

Os resultados que se seguem reportam-se à caracterização da amostra, sendo que a maioria:

- era do sexo masculino, com cerca de 67 anos, casado, habilitado até quatro anos de escolaridade, residia na aldeia, reformado, auferia o ordenado mínimo e manifestava *“algumas dificuldades”* económicas;
- apresentava diagnóstico de EAM com supra ST há um ano, com *“doença de um vaso”*, submetido à *“angioplastia primária”*, com *“três”* fatores de risco, excesso de peso e assintomático sem repercussões nas atividades do dia-a-dia;
- estava medicada com *“antiagregantes plaquetários”*, *“estatinas”*, *“anti-hipertensores”*, considerava que os comprimidos que tomava eram os *“necessários”* e os que referiram dificuldades em cumprir o esquema da

medicação ajustavam-na por sua iniciativa. A “*perturbação gástrica*” era a mais referenciada como efeitos secundário e tomavam, em média, oito comprimidos por dia há três anos, com custo médio de 34 euros mensais;

- residia a 17 km dos serviços de saúde, deslocava-se em transporte próprio e referia dificuldade na deslocação à consulta (necessita de acompanhamento), frequentava, pelo menos, duas consultas por ano, era assídua e estava satisfeita com a informação acerca da medicação;
- apresentava estilos de vida saudáveis. As mulheres apresentavam significativamente melhores estilos de vida nos *hábitos alimentares, uso de bebidas alcoólicas, sono e repouso, hábitos tabágicos* e valor global, comparativamente aos homens;
- coabitava com o cônjuge numa estrutura familiar restrita, no seio de uma “*família altamente funcional*”. O apoio social percebido era em média de 56,01 (DP=8,40), oscilando de 40 a 77. Os homens revelavam dispor de menor “*apoio informativo*” e no valor global da EAS;
- obteve uma pontuação média de  $21 \pm 2,31$ , em relação à necessidade específica da medicação e  $14 \pm 3,42$  pontos nas crenças relacionadas com os efeitos secundários a longo prazo. As mulheres mostravam uma forte crença nas necessidades específicas da medicação, enquanto que os homens manifestavam maior crença em relação aos perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo, todavia, sem diferenças estatísticas significativas.

Para avaliar o comportamento dos doentes quanto à sua adesão foi utilizada a Medida de Adesão aos Tratamentos de Delgado e Lima (2001). Somente 49,6% dos doentes com cardiopatia isquémica aderiram ao tratamento.

Assim, definimos o seguinte perfil do doente aderente:

- ter sido diagnosticado com “*EAM com supra ST*”, em relação ao que apresentava “*angina instável*”;
- ter a doença há “*um*” ano, contrariamente ao que a possuía há “*quatro*” anos;
- sofrer pela primeira vez de cardiopatia isquémica, em oposição com quem reincidia;
- ter apenas um “*fator de risco*”, comparativamente ao que possuía “*4 e 5 fatores de risco*”;
- ter sido alvo de “*angioplastia primária*”, face aquele que usufruía de tratamento “*conservador*”;



- não ter referido sintomas, em oposição ao que relatava *“limitação a atividades quotidianas”* ou *“acentuada / severa limitação a atividades”*
- ter tomado medicação à menos tempo ( $R^2=0,021$ );
- ter declarado que a medicação era a *“necessária”*; contrariamente ao que referia ser *“excessiva”*;
- não ter manifestado dificuldade em cumprir a medicação;
- residir próximo do local da consulta;
- ter frequentado assiduamente as consultas, face ao que faltava *“por vezes”*;
- ter referido um ambiente familiar altamente funcional e percecionado um bom *“apoio social”* ( $R^2=0,124$ );
- ter manifestado uma baixa crença, em relação ao potencial nocivo dos fármacos.

Não se confirmou a relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, estado civil, escolaridade, área de residência e rendimento) e a adesão ao tratamento. Todavia, foi a mulher com idade superior a 65 anos, casada, com habilitação superior a 12 anos de escolaridade, com ocupação profissional e elevado rendimento que registou melhores índices de adesão, sendo que os piores resultados foram percecionados no homem com 56-65 anos, divorciado, habilitado com 5 a 12 anos de escolaridade, reformado e com rendimento entre um a dois ordenados mínimos.

Também as variáveis relacionadas com os serviços de saúde, designadamente, dificuldade na deslocação, periodicidade da ida à consulta e satisfação com a informação acerca da medicação, não se revelaram preditoras da adesão ao tratamento.

### **Limitações do estudo**

O estudo comporta algumas limitações metodológicas que incidem em três áreas: desenho de investigação, amostra e instrumentos de medida.

Relativamente ao primeiro grupo de limitações que se prendem com o desenho do estudo, consideramos importante a realização de uma investigação que englobasse as diferentes perspetivas da adesão ao regime terapêutico.

O estudo elaborado, sendo transversal, apenas avalia a não adesão no momento da investigação. Como tal, o seu alcance é mais limitado do que o estudo longitudinal, com a recolha de dados de forma periódica e sistemática nos doentes com cardiopatia isquémica, o que nos permitiria avaliar as mudanças relativas às variáveis, em função do tempo.

A validade externa de uma investigação está relacionada, entre outros aspetos, com a generalização dos resultados obtidos e prende-se com o tipo de amostragem não aleatória, utilizada com diferentes distribuições, relativamente à idade dos participantes,

características da doença e seu tratamento. Mesmo assim, consideramos o tamanho da amostra razoável, o que permitiu, na nossa perspectiva, traduzir resultados fiáveis. Todavia, o tipo de amostragem (não probabilística) e o facto de se circunscrever a uma área geográfica restrita interferem na representatividade da população com cardiopatia isquémica, condicionando, desta forma, a inferência dos resultados.

Outra dificuldade com que nos deparámos foi o número limitado de instrumentos específicos de avaliação para a medição das variáveis em análise, traduzidos e validados para a população portuguesa. Neste sentido e para avaliar a generalidade das variáveis em estudo, optámos por utilizar instrumentos de medida de reconhecida fiabilidade, construídos ou traduzidos e aferidos para a população portuguesa, embora alguns deles fossem gerais e não específicos. No entanto, tivemos a preocupação de realizar o estudo sobre as suas propriedades psicométricas. Considerámos os instrumentos de recolha de dados utilizados adequados ao estudo, tendo em consideração os objetivos da investigação, as variáveis e a amostra.

O estudo apresenta também limitações inerentes à utilização de instrumentos de autorrelato. Estes são úteis, de fácil aplicação e de baixo custo, mas não são considerados ideais, devido à fiabilidade dos resultados que se obtêm com a sua aplicação e a necessidade de recorrer à memória poderá provocar vieses.

Neste estudo, o questionário foi maioritariamente preenchido pelos participantes. Contudo, sempre que o nível de literacia era baixo ou outra razão impeditiva, o investigador colocava a questão e anotava a resposta. Todavia, a sua presença apresenta algumas desvantagens, nomeadamente: risco de distorções, menos liberdade nas respostas, menor tempo para responder às perguntas e insegurança das respostas. Por outro lado, a falta de anonimato poderá induzir o efeito de desejabilidade social, que não foi controlado, enviesando, positivamente, as respostas dadas (efeito de *hawthorne*).

Estamos cientes de que nesta investigação não foram estudados fatores importantes, como a qualidade de vida, as estratégias de *coping*, a autoeficácia e programas de intervenção a nível multidimensional, analisando o seu custo-benefício, entre outros, bem como optar por estudos experimentais, pelo que sugerimos a sua abordagem em futuras investigações.

Apesar das limitações do estudo, considerámos que os resultados obtidos nos permitiram adquirir um conhecimento mais real sobre a problemática da adesão ao tratamento.

### **Implicações do estudo e sugestões**

Clarificar o conceito de adesão ao tratamento e tentar compreendê-lo através dos modelos de mudança de comportamento é fundamental para os profissionais de saúde,

particularmente para os enfermeiros, para que possam redefinir estratégias de intervenção, ajudando os doentes nos processos de transição, contribuindo assim para o seu bem-estar.

Tal como já foi referido, a complexidade da adesão e as várias formas de a conceber e definir são, também, consideradas múltiplas variáveis subjacentes a todo o processo de adesão ao tratamento. Assim, a adesão não se limita aos esquemas terapêuticos prescritos, mas também à adoção de comportamentos adequados, nos quais se incluem modificar estilos de vida, aceitar ou não o plano proposto e a relação estabelecida com o profissional de saúde, fundamental no cuidar do doente em situação crónica.

A toma da medicação é um comportamento de saúde extremamente complexo, influenciado por inúmeros fatores, muitos dos quais começam a ser conhecidos. Do ponto de vista clínico, a avaliação da não-adesão, à semelhança da avaliação dos sinais vitais, deveria ser incorporada na prática clínica como o sexto sinal vital (Ho et al., 2009; Fitzgerald & Ho, 2012).

Todavia, ainda persiste uma multiplicidade de significados que envolvem o conceito de adesão ao regime terapêutico. Há definições mais precisas de adesão que estão associadas a diferentes aspetos da adesão ao tratamento que devem integrar os conceitos de iniciação, implementação, interrupção e persistência. Contudo, o limite óptimo de adesão pode variar em função do tipo de medicação, nomeadamente ao nível das diferenças farmacocinéticas e farmacodinâmicas. Assim, na utilização de antiagregantes plaquetários no doente com *stent* após angioplastia coronária, o critério para a definição de ótima adesão pode ser maior, aproximando-se de 100%. Já nas estatinas em doentes com baixo risco cardiovascular, o critério clínico usado para caracterizar a adesão pode ser consideravelmente menor (Blaschke, Osterberg, Vrijens & Urquhart, 2012).

Novos conceitos poderão ser incorporados, nomeadamente, na utilização de dispositivos eletrónicos de dispensa da medicação, que registam a data e a hora da toma, medindo-se não apenas o número total de comprimidos, durante um período de tempo, mas também o número correto de comprimidos por dia (doseamento de adesão) e avaliando-se ainda o intervalo correto da toma (adesão de temporização) (Kronish & Ye, 2013).

Há evidências que a adesão ao tratamento deve ser analisada como um processo dinâmico. Desta forma, futuros estudos deverão, se possível, analisar variáveis, como o tempo e os padrões de adesão, que podem ajudar no esforço para atingir os grupos de doentes mais vulneráveis e orientar os momentos mais adequados para as intervenções personalizadas.

Outra abordagem para a compreensão das razões da não-adesão consiste no conceito de barreiras. Em contraste com os determinantes da adesão, o conceito de barreiras emerge dos fatores potencialmente modificáveis, nomeadamente associados aos profissionais de saúde e/ou ao sistema de saúde e respetivas interações entre os doentes, profissionais de saúde e o sistema de saúde.

Outro campo emergente, para aumentar a nossa compreensão da baixa adesão ao tratamento, sobressai da teoria da rede social (Christakis & Fowler, 2011). Em contraste com estudos convencionais de determinantes do comportamento de saúde que enfatizam as características individuais dos doentes, os estudos de redes sociais enfatizam a interligação de várias pessoas e caracterizam a teia de relações sociais. Existem várias razões para esperar que haja uma associação entre características de redes sociais e adesão ao tratamento. As redes sociais e comunitárias são fundamentais para o incremento do capital social e da coesão social. Nesse sentido, a rede social pode atuar como um canal de ideias, pode partilhar os mesmos sobre os comportamentos necessários para controlar as condições crónicas, constituindo um poderoso meio de disseminação.

São necessários mais estudos sobre o impacto do sistema da saúde e da equipa de saúde na adesão ao tratamento. As barreiras a nível dos profissionais de saúde devem ser identificadas, tais como a falta de confiança, a falta de tempo, a explicação insuficiente e a falta de tomada de decisão compartilhada. Além disso, o sistema de comparticipação medicamentosa é outra questão particularmente relevante, sendo um problema crescente na nossa população.

## Lista de Referências Bibliográficas

- Abreu-Lima, C. (2007). Avaliação do risco cardiovascular no indivíduo. *Revista Fatores de Risco*, 2(4), 14-24.
- Aggarwal, B., & Mosca, L. (2010). Lifestyle and psychosocial risk factors predict non-adherence to medication. *Ann Behav Med.*, 40(2), 228-33. doi:10.1007/s12160-010-9212-6.
- Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988) Família: Do conceito aos meios de comunicação. *Rev Port Saúde Pública*, 5, 18-21.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. *Englewood Cliffs, NJ*: Prentice-Hall.
- Akhter, N., Milford-Beland, S., Roe, M. T., Piana, R. N., Kao, J., & Shroff, A. (2009). Gender differences among patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention in the American College of Cardiology-National Cardiovascular Data Registry (ACC-NCDR). *Am Heart J.*, 157(1), 141-148. doi:10.1016/j.ahj.2008.08.012
- Akincigil, A., Bowblis, J. R., Levin, C., Jan, S., Patel, M., & Crystal, S. (2008). Long term adherence to evidence based secondary prevention therapies after acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med.*, 23, 115-121.
- Albert, N. M. (2008). Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Crit Care Nurse*, 28 (5), 54-64.
- Ali, R. C., Melloni, C., Ou, F. S., Schmader, K., Ohman, E. M., Roe, M. T., ... Alexander, K. P. (2009). Age and persistent use of cardiovascular medication after acute coronary syndrome: Results from medication applied and sustained over time. *Am Geriatr Soc.*, 57(11), 990-996. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02483.x
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- American College of Preventive Medicine. (2011). Medication adherence: Improving health outcomes: A Resource from the American College of Preventive Medicine. Retirado de: [http://www.acpm.org/?MedAdherTT\\_ClinRef](http://www.acpm.org/?MedAdherTT_ClinRef)
- Antman, E. M., Anbe D., Armstrong P., Bates E, Green L., Hand M., ... Ornato J. P. (2004). ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 110, 588-636. doi:10.1161 / 01.CIR.0000134791.68010.FA
- Arbuthnott, A., & Sharpe, D. (2009). The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine. *Patient Educ Couns.*, 77 (1), 60-67. doi:10.1016/j.pec.2009.03.022.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology & Health*, 15(2), 173-189. doi:10.1080/08870440008400299
- Atreja, A., Bellam, N., & Levy, S. (2005). Strategies to enhance patient adherence: Making it simple. *Medacapt Gen Med.*, 7(1), 4.
- Axelsson, M., Brink, E., Lundgren, J., & Lötvall, J. (2011). The Influence of Personality Traits on Reported Adherence to Medication in Individuals with Chronic Disease: An

- Epidemiological Study in West Sweden. *Plos One*, 28, 6(3) e18241. doi: 10.1371/journal.pone.0018241.
- Bandura, A. (1997). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. Y.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*, 31(2),143-164.
- Bandura, A., & Simon, K. M. (1977). The role of proximal intensions in self-regulation of refractory behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 177-194.
- Banning, M. (2008). Older people and adherence with medication: A review of literature. *Int J Nurs Stud*, 45, 1550-1561. doi:org/10.1016/j.ijnurstu.2008.02.009
- Banning, M. (2009). A review of interventions used to improve adherence to medication in older people. *Int J Nurs Stud*, 46(11), 1505-1515. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.03.011
- Barbosa, C. D., Balp, M. M., Kulich, K., Germain, N., & Rofail, D. (2012). A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Prefer Adherence*, 6, 39-48. doi:10.2147/PPA.S24752
- Barrett-Connor, E. (1997). Sex differences in coronary heart disease. Why are women so superior? The 1995 ancel keys lecture. *Circulation*, 95, 252-264. doi:10.1161/01.CIR.95.1.252
- Bautista, L. E. (2008). Predictors of persistence with antihypertensive therapy: results from the NHANES. *Am J Hypertens*, 21(2), 183-188. doi:10.1038/ajh.2007.33.
- Berben, L., Bogert, L., Leventhal, M. E., Fridlund, B., Jaarsma, T., Norekvål, T.M., ... De Geest, S. (2011). Which interventions are used by health care professionals to enhance medication adherence in cardiovascular patients? A survey of current clinical practice. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 10(1), 14-21. doi:10.1016/j.ejcnurse.2010.10.004.
- Bergman-Evans, B. (2006a). AIDES to improving medication adherence in older adults. *Geriatr Nurs*, 27, 174-182. doi.org/10.1016/j.gerinurse.2006.03.003
- Bergman-Evans, B. (2006b). Evidence-based guideline. Improving medication management for older adult clients. *J Gerontol Nurs*, 32(7), 6-14.
- Bitton, A., Choudhry, N. K., Matlin, O. S., Swanton, K., & Shrank, W. H. (2013). The impact of medication adherence on coronary artery disease costs and outcomes: A systematic review. *Am J Med*, 126(4), 357.e7-357.e27. doi:10.1016/j.amjmed.2012.09.004
- Blaschke, T. F., Osterberg, L., Vrijens, B., & Urquhart, J. (2012). Adherence to medications: insights arising from studies on the unreliable link between prescribed and actual drug dosing histories. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 52, 275-301. doi: 10.1146/annurev-pharmtox-011711-113247
- Blum, A., & Blum, N. (2009). Coronary artery disease: Are men and women created equal? *Gend Med*, 6 (3), 410-418. doi:10.1016/j.genm.2009.09.005
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holnick, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288, 2469-2475.
- Bosworth, H. B., Granger, B. B., Mendys, P., Brindis, R., Burkholde, R., Czajkowski, S. M., ... Granger, C. B. (2011). Medication adherence: A call for action. *Am Heart J*, 162(3), 412-424. doi:10.1016/j.ahj.2011.06.007
- Bowry, A. D., Shrank, W. H., Lee, J. L., Stedman, M., & Choudhry, N. K. (2011). A systematic review of adherence to cardiovascular medications in resource-limited settings. *J Gen Intern Med*, 26 (12), 1479-1491. doi:10.1007/s11606-011-1825-3

- Bowskill, D., & Garner, L. (2012). Medicines non-adherence: adult literacy and implications for practice. *Br J Nurs.*, 21(19), 1156-1159.
- Braam, R. L., van Uum, S. H. M., Lenders, J. W. M., & Thien, T. (2008). Bromide as marker for drug adherence in hypertensive patients. *Br J Clin Pharmacol.*, 65(5), 733-736. doi:10.1111/j.1365-2125.2007.03068.x
- Braithwaite, S., Shirkhorshidian, I., Jones, K. & Johnsrud, M. (2013). *The Role of Medication Adherence in the U. S. Healthcare System. The National Association of Chain Drug Stores.* Avalere Health LLC.
- Brown, M. T., & Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc.*, 86(4), 304-314. doi:10.4065/mcp.2010.0575
- Bryman, A., & Cramer, D. (2011). *Quantitative data analysis with IBM SPSS Statistics 17, 18 and 19: A guide for social scientists*, Psychology Press.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina.
- Byrne, M., Walsh, J., & Murphy, A. W. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 403-415.
- Cabral, M. V. & Silva, P. A. (2010). A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. Lisboa: Imprensa de Ciência Sociais.
- Carpinteiro A. J., Viegas, M. I., Barreira, M. L., Libório, M. J., Freita, D. M., & Galvão, D. T. (2011) Auditoria ao INFARMED-Autoridade Nacional do Medicamento e produtos de saúde, I.P., e ao funcionamento do mercado do medicamento. Lisboa (Lis): Tribunal de Contas (PT), 2011 Jan.64p.Report nº 20/2011. Retirado de: [http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2011/2s/audit-dgtc-rel020-2011-2s-v1.pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2011/2s/audit-dgtc-rel020-2011-2s-v1.pdf)
- Chann, D., Ho, S., & Donnan, S. (1988). A survey of family apgar in shatin private ownership homes. *Family Apgar*, 10 (7), 3296-3299.
- Chaudhry, H. J., & McDermott, B. (2008). Recognizing and improving patient nonadherence to statin therapy. *Curr Atheroscler Rep.*, 10(1), 19-24.
- Chesney, M. A., Ickovics, J. R., Chambers, D. B., Gifford, A. L., Neidig, J., Zwickl, B., & Wu, A. W. (2000). Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG adherence instruments. Patient Care Committee & Adherence Working Group of the Outcomes Committee of the Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG). *AIDS Care*, 12(3), 255-266. doi:10.1080/09540120050042891
- Choudhry, N. K., Avorn, J., Glynn, R. J., Antman, E. M., Schneeweiss, S., Toscano, M., ... Shrank, W. H. Post-myocardial infarction free rx event and economic evaluation (MI FREEE) trial. (2011). Full coverage for preventive medications after myocardial infarction. *N Engl J Med.*, 365 (22), 2088-2097. doi:10.1056/NEJMsa1107913
- Choudhry, N. K., Fischer, M. A., Avorn, J., Liberman, J. N., Schneeweiss, S., Pakes, J.,... Shrank, W. H. (2011). The implications of therapeutic complexity on adherence to cardiovascular medications. *Arch Intern Med.*, 171(9), 814-822. doi: 10.1001/archinternmed.2010.495
- Choudhry, N. K., Glynn, R. J., Avorn, J., Lee J. L., Brennan, T. A., Reisman, L., ... Shrank, W. H. (2014). Untangling the relationship between medication adherence and post-myocardial infarction outcomes: medication adherence and clinical outcomes. *Am Heart J.*, 167(1)51-58.e5. doi: 10.1016/j.ahj.2013.09.014.

- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2011). Social contagion theory: examining dynamic social networks and human behavior. *Stat Med.*, *32*, 556-577. doi: 10.1002/sim.5408
- Christensen, A. J., Ehlers, S. L., Wiebe, J. S., Moran, P. J., Raichle, K., Ferneyhough, K., & Lawton, W. J. (2002). Patient Personality and Mortality: A 4-Year Prospective Examination of Chronic Renal Insufficiency. *Health Psychology*, *21*(4), 315–320.
- Chung, M. L., Lennie, T. A., Riegel, B., Wu, J. R., Dekker, R. L., & Moser, D. K. (2009). Marital status as an independent predictor of event-free survival of patients with heart failure. *Am J Crit Care*, *18*(6), 562-570. doi:10.4037/ajcc2009388
- Clyne, W., Mshelia, C., Hall, S., McLachlan, S., Jones, P., Dobbels, F., ... Kardas, P. (2011). Management of patient adherence to medications: Protocol for an online survey of doctors, pharmacists and nurses in Europe. *BMJ Open*, *1*(1), e000355. doi:10.1136/bmjopen-2011-000355
- Clyne, W., White, S., & McLachlan, S. (2012). Developing consensus-based policy solutions for medicines adherence for Europe: A delphi study. *BMC Health Services Research*, *12*, 425. doi:10.1186/1472-6963-12-425
- Colbert, A. M., Sereika, S. M., & Erlen, J. A. (2013). Functional health literacy medication-taking self-efficacy and adherence to antiretroviral therapy. *J Adv Enfermagem*, *69*(2), 295-304. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06007.x
- Conrad, P. (1985). The meaning of medications: Another look at compliance. *Social Science and Medicine*, *20*(1), 29-37.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem* (CIPE/ICNP). Versão Beta 2 (3a ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Nacional de Educação. (2012). Estado da Educação 2012. Autonomia e descentralização. Retrieved from [http://www.crup.pt/images/Estado\\_da\\_Educao\\_2012.pdf](http://www.crup.pt/images/Estado_da_Educao_2012.pdf)
- Corrao, G., Conti, V., Merlino, L., Catapano, A. L., & Mancina, G. (2010). Results of a retrospective database analysis of adherence to statin therapy and risk of nonfatal ischemic heart disease in daily clinical practice in Italy. *Clin Ther.*, *32* (2), 300-310. doi:10.1016/j.clinthera.2010.02.004
- Cottrell, W. N., Denaro, C. P., & Emmerton, L. (2013). Exploring beliefs about heart failure treatment in adherent and nonadherent patients: use of the repertory grid technique. *Patient Prefer Adherence*, *7*, 141-150. doi:10.2147/PPA.S40725
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. *Value Health*, *11* (1), 44-47. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x
- Dahlöf, B. (2010). Cardiovascular disease risk factors: Epidemiology and risk assessment. *Am J Cardiol.*, *4*, 105(1 Suppl), 3A-9A. doi: 10.1016/j.amjcard.2009.10.007.
- Dancer, S., & Courtney, M. (2010). Improving diabetes patient outcomes: framing research into the chronic care model. *J Am Acad Nurse Pract.*, *22*(11), 580-585. doi:10.1111/j.1745-7599.2010.00559.x
- Darrab, A. A., Fan, J., Fernandes, C. M. B., Zimmerman, R., Smith, R., Worster, A.,... O'Connor, K. (2006). How does fast track affect quality of care in the emergency department? *Eur J Emerg Med.*, *13*(1), 32-35.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doença*, *2*(2), 81-100.



- Demonceau, J., Ruppard, T., Kristanto, P., Hughes, D. A., Fargher, E., Kardas, P., ... Vrijens, B., ABC project team. (2013). Identification and assessment of adherence-enhancing interventions in studies assessing medication adherence through electronically compiled drug dosing histories: A systematic literature review and meta-analysis. *Drugs*, 73 (6), 545-562. doi:10.1007/s40265-013-0041-3
- Dennison, C. R., McEntee, M. L., Samuel, L., Johnson, B. J., Rotman, S., Kielty, A., & Russell, S. D. (2011). Adequate health literacy is associated with higher heart failure knowledge and self-care confidence in hospitalized patients. *J Cardiovasc Nurs.*, 26(5), 359-367. doi:10.1097/JCN.0b013e3181f16f88
- Desai, N. R., & Choudhry, N. K. (2013). Impediments to adherence to post myocardial infarction medications. *Curr Cardiol Rep.*, 15(1), 322. doi:10.1007/s11886-012-0322-6.
- Devkaran, S., Parsons, H., Van Dyke, M., Drennan, J., & Rajah, J. (2009). The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: A Middle Eastern emergency department perspective. *BMC Emerg Med.*, 17(9), 11. doi: 10.1186/1471-227X-9-11
- Dias, C. C., Mateus, P., Santos, L., Mateus, C., Sampaio, F., Adão, L., ... Ribeiro, V. G. (2005). Acute coronary syndrome and predictors of quality of life. *Rev Port Cardiol.*, 24(6), 819-831.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol.*, 23(2), 207-218. doi:10.1037/0278-6133.23.2.207
- DiMatteo, M. R., Haskard, K. B., & Williams, S. L. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: A meta-analysis. *Med Care*, 45(6), 521-528.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.*, 160 (14), 2101-2107.
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida* (Despacho n.º 1916/2004, de 28 de janeiro). Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2009). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo: Orientações Programáticas*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2012-a). *Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016*. Retirado de: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/Lisboa>
- Direção-Geral da Saúde. (2012-b). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares: Orientações programáticas*. Retirado de: <https://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. (2013). *Portugal: Doenças cérebro-cardiovasculares em números 2013*. Retirado de: <http://www.spc.pt/DL/Home/fm/i019350.pdf>
- Dragomir, A., Côté, R., Roy, L., Blais, L., Lalonde, L., Bérard, A., & Perreault, S. (2010). Impact of adherence to antihypertensive agents on clinical outcomes and hospitalization costs. *Med Care*, 48(5), 418-425. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181d567bd
- Easton, P., Entwistle, V. A., & William, B. (2010). Health in the 'hidden population' of people with low literacy. A systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 5 (10), 459. doi:10.1186/1471-2458-10-459

- Eccles, M., Grimshaw, J., Walker, A., Johnston, M., & Pitts, N. (2005). Changing the behavior of healthcare professionals: The use of theory in promoting the uptake of research findings. *J Clin Epidemiol*, *58*, 107-112. Doi: org/10.1016/j.jclinepi.2004.09.002
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. *Soc Sci Med.*, *61*(7), 1516-1528. doi:org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001
- Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J. A., Rodrigues, M., Moreira, F., & Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: Uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume temático, 9*, 105-116.
- European Heart Network. (2012). Løgstrup, Susanne (European Heart Network); And O'Kelly, Sophie (European Society of Cardiology) (2012). *European Cardiovascular Disease Statistics 2012*. 2012 edition.
- Eurostat - European Statistical System. (2013). Eurostat regional yearbook. Retrieved from [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-HA-13-001-03/EN/KS-HA-13-001-03-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-HA-13-001-03/EN/KS-HA-13-001-03-EN.PDF)
- Evangelista, L. S., Moser, D. K., Westlake, C., Pike, N., Ter-Galstanyan, A., & Dracup, K. (2008). Correlates of fatigue in patients with heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs.*, *23* (1), 12-17. doi:10.1111/j.1751-7117.2008.07275.x
- Everson-Rose, S. A., & Lewis, T. T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annu Rev Public Health*, *26*, 469-500. doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144542
- Farkouh, M. E., Domanski, M., Sleeper, L. A., Siami F. S., Dangas, G., Mack, M., Yang, M., ... FREEDOM Trial Investigators. (2012). Strategies for multivessel revascularization in patients with diabetes. *N Engl J Med.*, *367*(25), 2375-84. doi: 10.1056/NEJMoa1211585
- Ferreira, A. B. H. (2010). *Dicionário Aurélio da língua portuguesa* (5a ed.). Positivo Livros.
- Ferreira, R. (2013). Via verde poderia salvar mais vidas. Indicadores de atividade das vias verdes. Coordenação Nacional para as Doenças Cerebrocardiovasculares, 2011. Teste saúde 102.
- Finn, A. V., Nakano, M., Narula, J., Kolodgie, F. D., & Virmani, R. (2010). Concept of vulnerable/unstable plaque. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.*, *30*, 1282-1292. doi: 10.1161/ATVBAHA.108.179739
- Fitzgerald, A., & Ho, M. (2012). Assessment of medication adherence: The next vital sign? *Journal For Patient Compliance Strategies to enhance Adherence and Health Outcomes*. *2*(3), 13-17.
- Ford, E. S., Ajani, U. A., Croft, J. B., Critchley, J. A., Labarthe, D. R., Kottke, T. E., ... Capewell, S. (2007). Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med.*, *356*(23), 2388-98. doi: 10.1056/NEJMsa053935
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Freitas P. (2009). Doença cardiovascular e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. *Fatores de Risco*, *4*(15), 12-23.
- French, D. P., Wade, A. N., & Farmer, A. J. (2013). Predicting self-care behaviours of patients with type 2 diabetes: The importance of beliefs about behaviour, not just beliefs about illness. *J Psychosom Res.*, *74*(4), 327-333. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.12.008

- French, D. P., Wade, A. N., Yudkin, P., Neil, H. A., Kinmonth, A. L., & Farmer, A. J. (2008). Self-monitoring of blood glucose changed non-insulin-treated Type 2 diabetes patients' beliefs about diabetes and self-monitoring in a randomized trial. *Diabet Med.*, *10*, 1218-1228. doi:10.1111/j.1464-5491.2008.02569.x
- Friedberg, J. P., Robinaugh, D., Ulmer, M. E., Antonopoulos, M. S., Sathe, N., & Natarajan, S. (2009). *Does comorbid cardiovascular disease affect antihypertensive medication adherence?* Baltimore: Health Services Research & Development Service.
- Fuster, V. (2012). Un problema alarmante en prevención secundaria: Bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *Rev Esp Cardiol.*, *65*(Supl.2), 10-16. doi:10.1016/j.recesp.2012.07.005
- Gatti, M. E., Jacobson, K. L., Gazmararian, J. A., Schmotzer, B., & Kripalani, S. (2009). Relationships between beliefs about medications and adherence. *Am J Health Syst Pharm.*, *66*(7), 657-664. doi:10.2146/ajhp080064
- Gazmararian, J. A., Kripalani, S., Miller, M. J., Echt, K. V., Ren, J., & Rask, K. (2006). Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: A focus on health literacy. *J Gen Intern Med.*, *21* (12), 1215-1221. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00591.x
- Gebhardt, W. A., & Maes, S. (2001). Integrating social-psychological frameworks for health behavior research. *American Journal of Health Behavior*, *25*(6), 528-536. doi.org/10.5993/AJHB.25.6.2
- Gehi, A. K., Ali S., Na, B., & Whooley, M. A. (2007). Self-reported medication adherence and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: the heart and soul study. *Arch Intern Med.*, *167*(16), 1798-1803. doi: 10.1001/archinte.167.16.1798
- Gellad, W. F., Grenard, J. L., & Marcum, Z. A. (2011). A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: Looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother.*, *9*(1), 11-23. doi: 10.1016/j.amjopharm.2011.02.004
- Gellaitry, G., Cooper, V., Davis, C., Fisher, M., Date, H. L., & Horne, R. (2005). Patients' perception of information about HAART: Impact on treatment decisions. *AIDS Care*, *17*(3), 367-376.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs.*, *16*(3), 354-361.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. São Paulo: Atlas.
- Gíria, J., Catarino, J., & Rocha, E. (2004). Síndromes coronárias agudas e outras formas de cardiopatia isquémica no serviço nacional de saúde no período 1997-2001. *Rev Port Cardiol.*, *23*(6), 883-892.
- Gislason G. H., Rasmussen J. N., Abildstrom S. Z., Schramm T. K., Hansen M. L., Buch P.,..., Torp-Pedersen, C. (2007). Persistent use of evidence-based pharmacotherapy in heart failure is associated with improved outcomes. *Circulation*; *116*, 737-744. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.669101
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. (4th ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass. 45-51.
- Gonzalez, J., Williams, J. W. Jr., Noël, P. H., & Lee, S. (2005). Adherence to mental health treatment in a primary care clinic. *J Am Board Fam Pract.*, *18*(2), 87-96.
- Gordon, K., Smith, F., & Dhillon, S. (2007). Effective chronic disease management: patients' perspectives on medication-related problems. *Patient Educ Couns.*, *65*(3), 407-415. doi:10.1016/j.pec.2006.09.012

- Gould, E. & Mitty, E. (2010). Medication adherence is a partnership, medication compliance is not. *Geriatr Nurs.*, 31(4), 290-298. doi: 10.1016/j.gerinurse.2010.05.004
- Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Burell, G., Cifkova ... Zampelas, A. (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary: Fourth joint task force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.*, 28(19), 2375-2414. doi:10.1093/eurheartj/ehm316
- Granger, B. B., Ekman, I., Granger, C. B., Ostergren, J., Olofsson, B., Michelson, E., ... Swedberg, K. (2009). Adherence to medication according to sex and age in the CHARM programme. *Eur J Heart Fail.*, 11(11), 1092-1098. doi: 10.1093/eurjhf/hfp142
- Hamm, C. W., Bassand, J. P., Agewall, S., Bax, J., Boersma, E., Bueno, H., ... Zahger, D. (2011). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.*, 32, 2999-3054. doi:10.1093/eurheartj/ehr236
- Hansen, R. A., Kim, M. M., Song, L., Tu, W., Wu, J., & Murray, M. D. (2009). Comparison of methods to assess medication adherence and classify nonadherence. *Ann Pharmacother.*, 43(3), 413-422. doi:10.1345/aph.1L496
- Hartley M. & Repede E. (2011). Nurse Practitioner Communication and Treatment Adherence in Hypertensive Patients. *The Journal for Nurse Practitioners*, 7 (8), 654-659. doi:org/10.1016/j.nurpra.2011.04.017
- Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., ... Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.*, 39(8), 1423-34. doi: 10.1249/mss.0b013e3180616b27
- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. P., & Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 16(2), CD000011. doi:10.1002/14651858.CD000011.pub3
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979). Compliance in health care. *CMA Journal*, 8 (121), 1495-1496. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704580/pdf/canmedaj01459-0071.pdf>
- Haynes, T. L., Larimer, N., Adami, A., & Kaye J. A. (2009). Medication adherence in healthy elders: Small cognitive changes make a big difference. *J Aging Health*, 21(4), 567-580. doi:10.1177/0898264309332836
- Heiby, E. M., Lukens, C. L., & Frank, R. M. (2005). The behavior analyst today: A context for science with a commitment to behavior change. *The Health Compliance Model-II*, 6(1), 25-42.
- Hill, M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hironaka, L. K., Paasche-Orlow, M. K., Young, R. L., Bauchner, H., & Geltman P. L. (2009). Caregiver health literacy and adherence to a daily multi-vitamin with iron regimen in infants. *Patient Educ Couns.*, 75(3), 376-380. doi: 10.1016/j.pec.2009.03.016
- Ho, P. M., Bryson, C. L., & Rumsfeld, J. S. (2009). Medication Adherence: Its Importance in Cardiovascular Outcomes. *Circulation*, 119 (23), 3028-3035. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986

- Ho, P. M., Magid, D. J., Shetterly, S. M., Olson, K.,L., Maddox, T. M., Peterson, P. N., ... Rumsfeld, J. S. (2008). Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease. *Am Heart J.*, *155*(4), 772-779. doi:10.1016/j.ahj.2007.12.011
- Holzapfel, N., Müller-Tasch, T., Wild, B., Jünger, J., Zugck, C., Remppis, A., ... Löwe, B. (2008). Depression profile in patients with and without chronic heart failure. *J Affect Disord.*, *105*(1-3), 53-62. doi:10.1016/j.jad.2007.04.009
- Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res.*, *47*(6), 555-567.
- Horne, R., Hankins, M., & Jenkins, R. (2001). The Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS): A new measurement tool for audit and research. *Quality in Health Care*, *10*, 135-140. doi:10.1136/qhc.0100135
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology Health*;14(1):1-24
- Howalter, A. (2006). Beyond compliance, adherence, & concordance – supporting the patient's implementation of optimal treatment. Retrieved from <http://alignmap.com/noncompliance-fact-fiction/>
- Hüther, J., von Wolff, A., Stange, D., Härter, M., Baehr, M., Dartsch, D. C. & Kriston, L. (2013). Incomplete medication adherence of chronically ill patients in German primary care. *Patient Prefer Adherence*, *7*, 237-244. doi:10.2147/PPA.S38373
- Ingersoll, K. S., & Cohen J. (2008). The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. *J Behav Med.*, *31*(3), 213-224. doi:10.1007/s10865-007-9147-y
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Indicadores sociais 2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Anuário Estatístico de Portugal 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retirado de [www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=134725522&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=134725522&PUBLICACOESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Estatísticas da Saúde 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retirado de: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=210768242&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=210768242&PUBLICACOESmodo=2)
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Departamento de Epidemiologia. (2012). Médicos-Sentinela: Relatório de atividades 2011. Retirado de: [http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/MS\\_RA\\_2011.aspx](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/MS_RA_2011.aspx)
- International Classification of Diseases - 10th Revision. (1990). Geneva, World Health Organization, 1990. Retirado de: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- International Council of Nurses. (2004). Collaborative Practice in the 21st Century, Geneva, ICN.
- Jackevicius, C. A., Li, P., & Tu, J. V. (2008). Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction. *Circulation*, *117*(8),1028-1036. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.706820

- Jentzsch, N. S., & Camargos, P. A. M. (2008). Métodos empregados na verificação da adesão à corticoterapia inalatória em crianças e adolescentes: Taxas encontradas e suas implicações para a prática clínica. *J. Bras. Pneumol.*, 34(8), 614-621. doi: org/10.1590/S1806-37132008000800012
- Jerant, A., Chapman, B., Duberstein, P., Robbins, J., & Franks, P. (2011). Personality and medication non-adherence among older adults enrolled in a six-year trial. *British Journal of Health Psychology*, 16(1), 151-169. doi: 10.1348/135910710X524219
- Jin, J., Sklar, G. E., Oh, M. S. V., & Li, C. S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.*, 4(1), 269-286. doi:org/10.2147/TCRM.S1458
- Johnson, V. R, Jacobson, K. L., Gazmararian, J. A., & Blake, S. C. (2010). Does social support help limited-literacy patients with medication adherence? A mixed methods study of patients in the Pharmacy Intervention for Limited Literacy (PILL). *Patient Educ Couns.*, 79(1), 14-24. doi:10.1016/j.pec.2009.07.002
- Kannel, W. B., Dawber, T. R., Kagan, A., Revotskie, N., & Stokes, J. (1961). Factors of risk in the development of coronary heart disease-six year follow-up experience. The Framingham Study. *Ann. Intern. Med.* 55, 33-50.
- Kenneth, A. A., Okojie, O., Oqua, D., King, R. C., Omonaiye, O., Onuoha, C., ... Iyaji, P. G. (2011). Medication adherence and risk factors for non-adherence among patients taking highly active antiretroviral therapy. *West African Journal of Pharmacy*, 22(1), 19-26.
- King, J., Eckman, M. & Moulton, B. (2011) The potential of shared decision making to reduce health disparities. *J Law Med Ethics*, 39(Suppl 1), 30-33.
- Korotkov, D. (2008). Does personality moderate the relationship between stress and health behavior? Expanding the nomological network of the five-factor model. *Journal of Research in Personality*, 42, 1418-1426.
- Kotseva, K., Wood, D., De Backer, G., De Bacquer, D., Pyörälä, K., Keil, U.,... EUROASPIRE Study Group. (2009). Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *The Lancet*, 373(9667), 929-940. doi:10.1016/S0140-6736 (09)60330-5
- Kramer, J .M., Hammill, B., Anstrom K.J., Fetterolf, D., Snyder, R., Charde, J.P., ... Peterson, E. (2006). National evaluation of adherence to  $\beta$ -blocker therapy for 1 year after acute myocardial infarction in patients with commercial health insurance. *Am Heart J.*, 152, 454.e1-454.e8. doi:10.1016/j.ahj.2006.02.030.
- Kripalani S., Yao X. & Haynes R.B. (2007). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: A systematic review. *Arch Intern Med.*, 167(6), 540-550.
- Kronish, I. M., & Ye, S. (2013). Adherence to cardiovascular medications: lessons learned and future directions. *Prog Cardiovasc Dis.*, 55(6), 590-600. doi: 10.1016/j.pcad.2013.02.001
- Kronish, I. M., Woodward, M., Sergie, Z., Ogedegbe, G., Falzon, L., & Mann, D. M. (2011) Meta-analysis: Impact of drug class on adherence to antihypertensives. *Circulation*, 123(15), 1611-1621. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.983874
- Krousel-Wood, M., Joyce C., Holt, E., Muntner, P., Webber L. S., Morisky, D. E., ... Re, R. N. (2011). Predictors of decline in medication adherence. results from the cohort study of medication adherence among older adults. *Hypertension*, 58(5), 804-810. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.176859

- Kuepper-Nybelen, J., Hellmich, M., Abbas, S., Ihle, P., Griebenow, R., & Schubert, I. (2012). Association of long-term adherence to evidence-based combination drug therapy after acute myocardial infarction with all-cause mortality. A prospective cohort study based on claims data. *Eur J Clin Pharmacol.*, *68* (10), 1451-1460. doi: 10.1007/s00228-012-1274-x
- Kurlander, J. E., Kerr, E. A., Krein, S., Heisler, M., & Piette, J. D. (2009). Cost-related nonadherence to medications among patients with diabetes and chronic pain: Factors beyond finances. *Diabetes Care*, *32*(12), 2143-2148.
- Lamba, S., Nagurka, R., Desai, K. K., Chun, S. J., Holland, B., & Koneru, B. (2012) Self-reported non-adherence to immune-suppressant therapy in liver transplant recipients: demographic, interpersonal, and intrapersonal factors. *Clin Transplant*, *26*(2), 328-335. doi:10.1111/j.1399-0012.2011.01489.x
- Lapane, K. L., Dubé, C. E., Schneider, K. L., & Quilliam, B. J. (2007). Misperceptions of patients vs providers regarding medication-related communication issues. *The American Journal of Managed Care*, *13*, 613-618.
- Lavsa, S. M., Holzworth, A., & Ansani, N. T. (2011). Selection of a Validated Scale for Measuring Medication Adherence. *J Am Pharm Assoc.*, *51*, 90-94. doi:10.1331/JAPhA.2011.09154
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, *8*(3), 775-782.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioural theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, *10*, 117-138.
- Loke, Y. K., Hinz, I., Wang, X., & Salter, C. (2012). Systematic review of consistency between adherence to cardiovascular or diabetes medication and health literacy in older adults. *Ann Pharmacother.*, *46* (6) 863-872. doi:10.1345/aph.1Q718
- Loriente-Arín, N., & Serrano-del-Rosal, R. (2009). Hable con los pacientes, no para ellos. Análisis de las fuentes de confianza del acto médico. *Revista Internacional de Sociología*, *67* (2), 309-328.
- Lunelli, R. P., Portal, V. L., Esménil, F., G., Moraes, M. A., & Souza, E. N. (2009). Adesão medicamentosa e não medicamentosa de doentes com doença arterial coronariana. *Acta Paulista Enfermagem*, *22*(4), 367-73. doi:org/10.1590/S0103-21002009000400003
- Macedo, A., Santos, A., Rocha, E. & Perdigão, C. (2008). Percepção da doença cardíaca e cerebral e dos fatores de risco cardiovasculares em Portugal: Estudo AMALIA. *Rev Port Cardiol*, *27*(5), 569-580.
- MacLaughlin, E. J., Raehl, C. L., Treadway, A. K., Sterling, T. L., Zoller, D. P., & James Bond C. A. (2005). Assessing medication adherence in the elderly: Which tools to use in clinical practice? *Drugs Aging.*, *22*(3), 231-255.
- Mahler C., Hermann K., Horne, R., Jank, S., Haefeli, W. E., & Szecsenyi, J. (2012). Patients' beliefs about medicines in a primary care setting in Germany. *J Eval Clin Pract.*, *18*(2), 409-413. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01589
- Mahoney, J. J., Ansell, B. J., Fleming, W. K., & Butterworth, S. W. (2008). The Unhidden Cost of Noncompliance. *Supplement to Journal of Managed Care Pharmacy JMCP*, *14*(6), S-b. Retrieved from [http://www.amcp.org/data/jmcp/JMCPSuppB\\_JulyAug08.pdf](http://www.amcp.org/data/jmcp/JMCPSuppB_JulyAug08.pdf)

- Malta, D. C., Cezario, A. C., & Moura, L. (2006). A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*, 15(3), 47-65.
- Mann, D. M., Ponieman, D., Leventhal, H., & Halm, E. A. (2009). Predictors of adherence to diabetes medications: The role of disease and medication beliefs. *J Behav Med*, 32(3), 278-284. doi:10.1007/s10865-009-9202-y
- Marôco, J. P. (2010). *IBM análise estatística com a utilização do SPSS* (6a ed.). Lisboa: Sílabo.
- Marôco, J. P., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martin, L., Ruder, T., Escarece, J., Ghosh-Dastirdar, B., Sherman, D., Elliot, M., ... Lurie, N. (2009). Developing predictive models of health literacy. *J Gen Intern Med*, 24(11), 1211-1216. doi:10.1007/s11606-009-1105-7
- Martins, A. P., Ferreira, A. P., Costa, F. A., & Cabrita, J. (2006). Como medir (ou não medir) a adesão a terapêutica de erradicação. *Pharmacy Practice*, 4(2), 88-94.
- Matos, A. P., & Ferreira, A. (2002). Desenvolvimento de uma escala de apoio social: Alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-253.
- Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2012). Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35(6), 1239-1245. doi:10.2337/dc11-2103
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr. (1996). The Five-Factor Theory of Personality. In P. Oiver, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Org.), *Handbook of personality: Theory and Research* (pp.139-153). New York: Guilford
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215. doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x
- McHorney, C. A. (2009). The Adherence Estimator: A brief, proximal screener for patient propensity to adhere to prescription medications for chronic disease. *Curr Med Res Opin.*, 25(1), 215-238. doi:10.1185/03007990802619425
- McHorney, C. A., & Gadkari, A. S. (2010). Individual patients hold different beliefs to prescription medications to which the, persist vs nonpersist and persist vs nonfulfill. *Patient Prefer Adherence*, 4, 187-195. doi: 10.2147/PPA.S10603
- McHorney, C. A., Victor, S. C., Alexander, C. M., & Simmons, J. (2009). Validity of the adherence estimator in the prediction of 9-month persistence with medications prescribed for chronic diseases: a prospective analysis of data from pharmacy claims. *Clin Ther.*, 31(11), 2584-2607. doi:10.1016/j.clinthera.2009.11.030
- McIntyre, T., Johnston, M., Gouveia, J., Trovisqueira, A., Araújo-Soares, V., Figueiredo, Figueira, M.J., Pereira G., & Basto (2004). *Resultados psicossociais na reabilitação pós EAM em mulheres portuguesas e escocesas. Relatório final, projeto POPCTI/ESP/35749/2000, FCT*. Braga: Universidade do Minho.
- Melchior, A. C., Correr, C. J., & Fernandez-Llimos, F. (2008). Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. *Arq. Bras. Cardiol.*, 89(4), 210-218. doi.org/10.1590/S0066-782X2007001600001
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.



- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2011). *Vias Verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral Indicadores de Atividade 2010*. Retirado de: [http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/E91B6723-59A3-49F5-A83A-9F53DDC5AAA3/0/Vias\\_Verdes\\_2011.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/E91B6723-59A3-49F5-A83A-9F53DDC5AAA3/0/Vias_Verdes_2011.pdf)
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2008). *Sucessos e problemas das unidades de saúde familiar: Um estudo qualitativo*. Lisboa. Retirado de: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Sucessos\\_Problemas\\_USF\\_20080224.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Sucessos_Problemas_USF_20080224.pdf)
- Molfenter, T. D., Bhattacharya, A., & Gustafson, D. H. (2012). The roles of past behavior and health beliefs in predicting medication adherence to a statin regimen. *Patient Prefer Adherence*, 6, 643-651. doi:10.2147/PPA.S34711
- Molloy, G. J., O'Carroll, R. E., & Ferguson, E. (2014). Conscientiousness and medication adherence: a meta-analysis. *Ann Behav Med.*, 47(1) 92-101. doi: 10.1007/s12160-013-9524-4.
- Montalescot, G., Sechtem, U., Achenbach, S., Andreotti, F., Arden, C., Budaj, A., ... Zamorano, J. L. (2013). 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.*, 4(38), 2949-3003. doi:10.1093/eurheartj/eh296
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Holist Nurs.*, 30(1), 6-15. doi:10.1177/0898010111412189
- Morisky, D., Green, L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.
- Moroz, M. (2007). *Chronic disease management: Improving chronic illness care: The chronic care model*. *Current Issues in Cardiac Rehabilitation and Prevention*, 15(1). Retrieved from [http://www.cacr.ca/information\\_for\\_public/CICRP15\(1\)E01.pdf](http://www.cacr.ca/information_for_public/CICRP15(1)E01.pdf)
- Morrison, P. (2011). Literacy coalitions: Fruitful partners in literacy efforts. *Patient Education Management*, 18(2), 13-24.
- Morrow, D. A., Antman, E. M., Parsons, L., de Lemos, J. A., Cannon, C. P., Giugliano, R. P., ... Braunwald, E. (2001). Application of the TIMI risk score for ST-elevation MI in the National Registry of Myocardial Infarction 3. *JAMA*, 286(11),1356-1359.
- Mullen, P. D., Hersey, J. C., & Iverson, D. C. (1987). Health behavior models compared. *Social Science and Medicine*, 24 (11), 973-981. doi.org/10.1016/0277-9536(87)90291-7
- Munro, S., Lewin, S., Swart, T., & Volmink, J. (2007). A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health*, 7, 104. doi:10.1186/1471-2458-7-104
- Murphy, D. A., Lam, P., Naar-King, S., Robert, D., Parsons, J. T., & Muenz, L. R. (2010). Health literacy and antiretroviral adherence among HIV-infected adolescents. *Patient Educ Couns.*, 79(1), 25-29. doi:10.1016/j.pec.2009.07.014
- Naderi, S. H., Bestwick, J. P. & Wald, D. S. (2012). Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med.*, 125(9), 882-7.e1. doi: 10.1016/j.amjmed.2011.12.013.
- National Council on Patient Information and Education. (2007). *Enhancing prescription medicine adherence: A National Action Plan*. Retrieved from [http://www.talkaboutrx.org/documents/enhancing\\_prescription\\_medicine\\_adherence.pdf](http://www.talkaboutrx.org/documents/enhancing_prescription_medicine_adherence.pdf).

- Nemes, M. I. B., Carvalho, H. B., & Souza, M. F. M. (2004). Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS*, *18*(Suppl 3), S15-S20.
- Nemes, M. I., Helena, E. T., Caraciolo, J. M., & Basso, C. R. (2009). Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. *Cad Saude Publica* *25*(Suppl 3), S392-S400. doi.org/10.1590/S0102-311X2009001500005
- Nguyen, G. C., LaVeist, T. A., Harris, M. L., Datta, L. W., Bayless, T. M., & Brant, S. R. (2009). Patient trust-in-physician and race are predictors of adherence to medical management in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. *15*(8), 1233-1239. doi:10.1002/ibd.20883
- Nicholls, S. J., Wolski, K., Sipahi, I., Schoenhagen, P., Crowe, T., Kapadia, S. R., ... Nissen, S. E. (2007). Role of progression of coronary atherosclerotic plaque in women. *J Am Coll Cardiol.*, *49*(14), 1546-1551.
- Nolan, J. P., Soar, J., Zideman, D. A., Biarent, D., Bossaert, L. L., Deakin, C., ... ERC Guidelines Writing Group. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, *81*(10), 1219-76. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.08.021.
- O'Flaherty, M., Buchan I., & Capewell, S. (2013). Contributions of treatment and lifestyle to declining CVD mortality: why have CVD mortality rates declined so much since the 1960s? *Heart*; *99*, 159-62. doi:10.1136/heartjnl-2012-302300.
- O'Brien, M. A., Rogers, S., Jamtvedt, G., Oxman, A. D., Odgaard-Jensen, J., Kristoffersen, D. T., ... Harvey, E. L. (2008). Educational outreach visits: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.*, *17*(4). doi:10.1002/14651858.CD000409.pub2
- Ogden, Jane. (2007). *Health psychology a textbook* (4<sup>th</sup> ed.). London: McGraw-Hill.
- Oigman, W. (2006). Evaluation models of adherence concerning antihypertensive treatment. *Rev Bras Hipertens.*, *13*(1), 30-34.
- Okoro, R. N., & Ngong, C. K. (2012). Assessment of patient's antihypertensive medication adherence level in non-comorbid hypertension in a tertiary hospital in Nigeria. *Int J Pharm Biomed Sci*, *3*(2), 47-54.
- Oliveira, A. (2011). Recomendações alimentares na prevenção secundária do EAM. *Fatores de Risco*, *6* (23), 44-46.
- Oliveira, I. T. (2010). Mortalidade: compressão, deslocamento e causas de morte (Portugal 1950-2005). *Revista de Estudos Demográficos - 2.º Semestre de 2010*. INE. p. 35-62. Retirado de: file:///C:/Users/p56/Downloads/RED\_48\_art2%20(3).pdf
- O'Meara, E., Clayton, T., McEntegart, M. B., McMurray, J. J., Piña, I. L., Granger, C. B., ... Pfeffer, M. A., CHARM Investigators. (2007). Sex differences in clinical characteristics and prognosis in a broad spectrum of patients with heart failure: results of the Candesartan in Heart failure: Assessment of reduction in mortality and morbidity (CHARM) program. *Circulation*. *115*, 3111-3120. doi:10,1161 / CIRCULATIONAHA.106.673442
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – Lisboa: Autor*. Retirado de: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE\\_AdesaoTratamento.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf)

- Osborn, R. L., Démoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med.*, 36(1), 13-34.
- Ose, D., Mahler, C., Vogel, I., Ludt, S., Szecsenyi, J., & Freund, T. (2012). Let's talk about medication: concordance in rating medication adherence among multimorbid patients and their general practitioners. *Patient Prefer Adherence*, 6, 839-845. doi: 10.2147/PPA.S35498
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *N Engl J Med.*, 353, 487-497. doi:10.1056/NEJMra050100
- Oxman, A. D., Fretheim, A., & Flottorp, S. (2005). The OFF theory of research utilization. *J Clin Epidemiol.*, 58, 113-116. doi:10.1016/j.jclinepi.2004.10.002
- Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 22(2), 387-397.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3ª ed.). Porto: Legis Editora.
- Patel, S., & Adams, M. R. (2008). Prevention of cardiac disease: Lifestyle modification or pharmacotherapy? *Intern Med J.* 38(3), 199-203. doi:10.1111/j.1445-5994.2007.01616.x.
- Pepine, C. J. (2008). Provoked coronary spasm and acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol.*, 52(7), 528-530. doi:10.1016/j.jacc.2008.03.065
- Perdigão, C. (2008). Aderência à terapêutica. Um novo factor de risco? *Revista Factores de Risco*, 11, p. 6-7
- Pereira, M. G., & Silva, N. S. (1998). Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos. *Avaliação Psicológica. Formas e Contextos*, 5, 52-57.
- Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, W. M., ... Zannad, F., European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). (2012). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): the fifth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J.*, 33(13), 1635-1701. doi:10.1093/eurheartj/ehs092
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pierin, A. M. G. (2004). *Hipertensão arterial: Uma proposta para o cuidar*. Barueri, SP: Manole.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Rainho, C. (2011). Os determinantes do processo saúde/doença cardiovascular. *Revista Factores de Risco*, 20, 56-57.
- Ramalhinho, I. (1994). *Adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Contributo para o seu estudo* (Manuscrito não publicado). Lisboa: Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.
- Raofi, S., & Schappert, S. M. (2006). Medication therapy in ambulatory medical care: United States, 2003-04. *Vital Health Stat*, 13(163), 1-40.

- Rasmussen, J. N., Chong, A., & Alter, D. A. (2007). Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. *JAMA*, *297*, 177-186.
- Remondi, F. A., Cabrera, M. A. S., & Souza, R. K. T. (2014). Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad. Saúde Pública*, *30* (1), 126-136. doi.org/10.1590/0102-311X00092613
- Rocha, E. (2010). Os resultados desanimadores do EUROASPIRE III: O que estamos a fazer mal na prevenção cardiovascular? *Revista Fatores de Risco*, *19*, 12-16.
- Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, et al. Heart disease and stroke statistics - 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, *125*(2012), e2–220. doi: 10.1161/CIR.0b013e31823ac046
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, *91*, 93-114. doi:10.1080/00223980.1975.9915803
- Rogers, R. W., & Prentice-Dunn, S. (1997). Protection motivation theory. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of Health Behavior Research*, 113-132. New York: Plenum Press.
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Behavior* *2* (4), 328-335. doi:10.1177/109019817400200403
- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (1997). *From Compliance to Concordance*. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
- Ruppar, T. M., Dobbels, F., & De Geest, S. (2012). Medication beliefs and antihypertensive adherence among older adults: A pilot study. *Geriatr Nurs.*, *33*(2), 89-95. doi:10.1016/j.gerinurse.2012.01.006
- Sabaté E, Editor. 2003. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization.
- Sackett, D. L., & Haynes, R. B. (1976). *Compliance with Therapeutic Regimens*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Salvetti, X. M., Oliveira, J. A., Servantes, D. M., & Vincenzo de Paola, A. A. (2008). How much do the benefits cost? Effects of a home-based training programme on cardiovascular fitness, quality of life, programme cost and adherence for patients with coronary disease. *Clin Rehabil*, *22*(10-11), 987-996. doi: 10.1177/0269215508093331
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Sanfélix-Gimeno, G., Peiró, S., Ferreros, I., Pérez-Vicente, R., Librero, J., Catalá-López, F., ... Tortosa-Nácher, V. (2013). Adherence to evidence-based therapies after acute coronary syndrome: A retrospective population-based cohort study linking hospital, outpatient, and pharmacy health information systems in Valencia, Spain. *J Manag Care Pharm.*, *19*(3), 247-257.
- Santos, J. F., Aguiar, C., Gavina, C., Azevedo, P., & Morais, J. (2009). Registo nacional de síndromes coronárias agudas: Sete anos de atividade em Portugal. *Rev Port Cardiol*, *28*(12), 1465-1500.
- Sayers, S. L., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, J. C., & Samaha, F. F. (2008). Social Support and Self-Care of Patients with Heart Failure. *Ann Behav Med.*, *35*(1), 70-79. doi:10.1007/s12160-007-9003-x

- Scheurer, D., Choudhry, N., Swanton, K. A., Matlin, O., & Shrank, W. (2012). Association between different types of social support and medication adherence. *Am J Manag Care*, 18(12), e461-e467.
- Schneider, M. P., Krummenacher, I., Figueiredo, H., Marquis, J., & Bugnon, O. (2009). Adherence: a review of policy, education, research, practice and policy in Switzerland. *Pharm Pract (Internet)*, 7(2), 63-73.
- Schroeder, K., Fahey, T., & Ebrahim, S. (2004). Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst. doi:10.1002/14651858.CD004804*
- Schüz, B., Wurm, S., Ziegelmann, J. P., Warner, L. M., Tesch-Römer, C., & Schwarzer, R. (2011). Changes in functional health, changes in medication beliefs and medication adherence. *Health Psychology*, 30, 31-39. doi.org/10.1037/a0021881
- Scientific Advisory Committee. (2002). *Instrument Review Criteria*. Medical Outcomes Trust Bulletin, Scientific Advisory Committee Medical Outcomes Trust.
- Sharma, K., & Gulati, M. (2013). Coronary Artery Disease in Women: A 2013 Update. *Global Heart*, 8(1), 105-112.
- Shay, L. E. (2008). A concept analysis: adherence and weight loss. *Nurs Forum.*, 43(1), 42-52. doi:10.1111/j.1744-6198.2008.00095.x
- Shea, S., Misra, D., Ehrlich, M. H., Field, L., & Francis, C. K. (1992). Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. *American Journal of Public Health*, 12, 1607-1612.
- Showalter, A. (2006). Beyond compliance, adherence, & concordance: Supporting the patient's implementation of optimal treatment. Retrieved from: <http://alignmap.com/the-state-of-the-art/>
- Silva, M. C., Ximenes, R. A., Miranda Filho, D. B., Arraes, L. W., Mendes, M., Melo, A. C., & Fernandes, P. R. (2009). Risk-factors for nonadherence to antiretroviral therapy. *Rev Inst Med Trop*, 51, 135-139.
- Sirey, J. A., Greenfield, A., Weinberger, M. I., & Bruce, M. L. (2013). Medication beliefs and self-reported adherence among community-dwelling older adults. *Clin Ther.*, 35(2), 153-160. doi:10.1016/j.clinthera.2013.01.001
- Smilkstein, G. (1978). The physician and family APGAR: a proposal for a family function test and use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6, 231-239.
- Smilkstein, G. (1984). The family function assessment. *Family System Medicine*. 23(3), 263-278.
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and Reliability of the Family APGAR as a Test of Family Function. *Journal of Family Practice*, 15(2), 303-311.
- Smith, D. H., Kramer, J. M., Perrin, N., Platt, R., Roblin, D. W., Lane, K., ... Soumerai, S. B. (2008). A randomized trial of direct-to-patient communication to enhance adherence to beta-blocker therapy following myocardial infarction. *Arch Intern Med.*, 168(5), 477-483. doi:10.1001/archinternmed.2007.132
- Smith, H., Hankins, M., Hodson, A., & George, C. (2010). Measuring the adherence to medication of elderly patients with heart failure: Is there a gold standard? *International Journal of Cardiology*, 145(1), 122-123. doi: 10.1016/j.ijcard.2009.06.031.
- Soares, D., Viamonte, S., Magalhães, S., Ribeiro, M. M., Barreira, A., Fernandes, P., & Torres, S. (2013). Que fatores determinam níveis de atividade física após programa de reabilitação cardíaca?, *Acta Med Port.*, 26(6), 689-698.

- Soares-Oliveira, M., & Ramos, R. (2014). Implementação do Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa em Portugal. *Rev Port Cardiol*, 33, 323-8.
- Solán, X. N., Redó, M. L. S., & García, J. V. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, 24(3), 138-141. doi.org/10.4321/S0212-71992007000300009
- Song E. K., Moser D. K. & Lennie T. A. (2009). Relationship of depressive symptoms to the impact of physical symptoms on functional status in women with heart failure. *Am J Crit Care*, 18(4), 348-356. doi:10.4037/ajcc2009450
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15(3), 502-507. doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022
- Souza, W. A., Sabha, M., Bergsten-Mendes, G., Yugar-Toledo, J. C., & Heitor, M. (2009). Monitorização da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes com hipertensão arterial resistente. *Revista Fatores de Risco*, 12, 22-31.
- Stafford, L., Jackson, H. J., & Berk, M. (2008). Illness Beliefs About Heart Disease and Adherence to Secondary Prevention Regimens. *Psychosom Med.*, 70 (8), 942-948. doi:10.1097/PSY.0b013e318187e22e
- Steg, P. G., Greenlaw, N., Tardif, J. C., Tendera, M., Ford I., Käåb, S., ... Ferrari, R. CLARIFY Registry Investigators. (2012). Women and men with stable coronary artery disease have similar clinical outcomes: insights from the international prospective CLARIFY registry. *Eur Heart J.*, 33(22), 2831-2840. doi: 10.1093/eurheartj/ehs289.
- Steiner, J. F., Ho, P. M., Beaty, B. L., Dickinson, L. M., Hanratty, R., Zeng, C., ... Estacio, R. O. (2009). Sociodemographic and clinical characteristics are not clinically useful predictors of refill adherence in patients with hypertension. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 2(5), 451-457. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.108.841635
- Stellefson, M., Dipnarine, K., & Stopka, C. (2013). The Chronic Care Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review. *Prev Chronic Dis.*, 10, 120-180. dx.doi.org/10.5888/pcd10.120180
- Stocco, M. L., Castro, C. M., & Sakae, T. M. (2009). Avaliação da qualidade de vida um mês após a síndrome coronariana aguda. *ACM Arq. Catarin. Med.*, 38(4), 87-95.
- Tarn, D. M., Paterniti, D. A., Kravitz, R. L., Heritage, J., Liu, H., Kim, S. & Wenger, N. S. (2008). How much time does it take to prescribe a new medication? *Patient Educ Couns.*, 72(2), 311-319. doi:10.1016/j.pec.2008.02.019
- Telles-Correia, D. Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E., & Monteiro, E. (2007). Adesão nos doentes transplantados. *Acta Med Port.*, 20, 73-85.
- Tones, K. (1994). Health education as empowerment. In: Health promotion: how to measure cost-effectiveness. London: *Health Education Authority*, 38-69.
- Tourette-Turgis, C., Rebillon, M., & Pereira-Paulo, L. (2005). De l'adhésion à l'observance thérapeutique: réunir les conditions d'une primo-observance et développer une multiplicité d'interventions dans la durée. *Counseling, Santé et développement*, (1). Retrieved from [http://www.counselingvih.org/fr/dossiers/dossier\\_pdf\\_doc/dossier\\_observance\\_mars04\\_complet.pdf](http://www.counselingvih.org/fr/dossiers/dossier_pdf_doc/dossier_observance_mars04_complet.pdf)
- Trivedi, R. B., Ayotte, B., Edelman, D., & Bosworth, H. B., (2008). The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension. *J Behav Med.*, 31(6), 489-497. doi:10.1007/s10865-008-9173-4

- Trzeciak, S., & Rivers, E. (2003). Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J.*, *20*(5), 402-405. doi:10.1136/emj.20.5.402
- United Nations. (2011). Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. In Sixty-sixth session of the United Nations General Assembly, New York 19-20 September 2011. New York, United Nations, 2011. Retrieved from [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/66/L.1](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1)
- Van Dulmen, S., Sluijs, E., van Dijk, L., de Ridder, D., Heerdink, R., & Bensing, J. (2007). Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res.*, *17*(7), 55. doi:10.1186/1472-6963-7-55
- Van Geffen, E. C., Philbert, D., van Boheemen, C., van Dijk, L., Bos, M. B., & Bouvy M. L. (2011). Patients' satisfaction with information and experiences with counseling on cardiovascular medication received at the pharmacy. *Patient Educ Couns.*, *83*(3), 303-309. doi:10.1016/j.pec.2011.04.004
- Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliara a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *21*(4), 279-308. Coimbra
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* *26*(5), 331-342.
- Viswanathan, M., Golin, C. E., Jones, C. D., Ashok, M., Blalock, S., Wines, R. C., M., ... Lohr K.N. (2012). Medication Adherence Interventions: Comparative Effectiveness. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. Evidence Report No. 208. (Prepared by RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10056-I.) AHRQ Publication No. 12-E010-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from [www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm](http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm)
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppar, T., ... Urquhart, J., ABC Project Team. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol.*, *73*(5), 691-705. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x
- Vrijens, B., Vincze, G., Kristanto, P., Urquhart, J., & Burnier, M. (2008). Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ.*, *336*(7653), 1114-1117. doi: 10.1136/bmj.39553.670231.25
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*, *20*(6), 64-78. doi:10.1377/hlthaff.20.6.64
- Wai, A., Pulver, L. K., Oliver, K., & Thompson, A. (2012). Current discharge management of acute coronary syndromes: baseline results from a national quality improvement initiative. *Intern Med J.*, *42*(5), e53-9. doi:10.1111/j.1445-5994.2010.02308.x.
- Warner, L. M., Schüz, B., Aiken, L., Ziegelmann, J. P., Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Schwarzer, R. (2013). Interactive effects of social support and social conflict on medication adherence in multimorbid older adults. *Soc Sci Med.*, *87*, 23-30. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.03.012
- Wenger, N. K., Shaw, L. J., & Vaccarino, V. (2008). Coronary heart disease in women: update. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, *83*, 37-51. doi:10.1038/sj.clpt.6100447

- Wolf, M. S., Davis, T., Osborn, C. Y., Skripkauskas, S., Bennett, C., & Makoul, G. (2007). Literacy, self-efficacy and HIV medication adherence. *Patient Educ Couns.*, *65*, 253-260. doi.org/10.1016/j.pec.2006.08.006
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: Author. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization. (2002). Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. Geneva: Author. Retrieved from <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2005). Preventing chronic diseases: A vital investment. Genève: Author. Retrieved from [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf).
- World Health Organization. (2008-a). 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of non communicable diseases: Prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. Geneva: Author. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf)
- World Health Organization. (2008-b). World Health Report - Primary Health Care: now more than ever. Geneva: Author. Retrieved from [http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/98C1FCE13A0C5968C12574E1003F944B-who\\_oct2008.pdf](http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/98C1FCE13A0C5968C12574E1003F944B-who_oct2008.pdf)
- World Health Organization. (2009). Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: Author. Retrieved from [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)
- World Health Organization. (2010). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: Author. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf)
- World Health Organization. (2011). *Global status report on non communicable diseases, 2010*. Geneva: Author. Retrieved from [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf)
- World Health Organization. (2014-b). Global Health Estimates: Deaths by Cause, Age, Sex and Country, 2000-2012. Geneva, WHO, 2014.
- World Health Organization. World Health Statistics 2014 (2014-a). Geneva, World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/en/>
- World Medical Association. (2012). Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Retrieved from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>>
- Wu, J. R., Lennie, T. A., Chung, M. L., Frazier, S. K., Dekker, R. L., Biddle, M. J., & Moser, D. K. (2012). Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Heart & Lung*, *41*(2), 107-114. doi:10.1016/j.hrtlng.2011.09.009
- Wu, J. R., Moser, D. K., Chung, M. L., & Lennie, T. A. (2008). Objectively measured, but not self-reported, medication adherence independently predicts event-free survival in patients with heart failure. *J Card Fail.*, *14*(3), 203-210. doi: 10.1016/j.cardfail.2007.11.005



- Wu, J. R., Moser, D. K., Lennie, T. A., & Burkhart, P. V. (2008). Medication Adherence in Patients Who Have Heart Failure: A Review of the Literature. *Nurs Clin North Am.*, 43(1), 133-153. doi:10.1016/j.cnur.2007.10.006
- Yusuf S., Islam S., Chow C. K., Rangarajan S., Dagenais G., Diaz R., ... Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study Investigators. (2011). Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middleincome, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *Lancet*, 378, 1231-43.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., ... Lisheng, L., INTERHEART Study Investigators. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364 (9438), 937-952.
- Yusuf, S., Rangarajan, S., Teo, K., Islam, S., Li, W., Liu, L., ... PURE Investigators. (2014). Cardiovascular risk and events in 17 low-, middle-, and high-income countries. *N Engl J Med.*, 371(9), 818–27. doi:10.1056/NEJMoa1311890.
- Zeidner, M., Boekaerts, M., & Pintrich, P. R. (2000). Self-Regulation: Directions and Challenges for Future Research. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 749-768). San Diego: CA Academic Press.
- Zolnierok, K. B., & Dimatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*, 47(8), 826-834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc



## **ANEXOS**

---



## **Anexo I – Instrumentos de colheita de dados**

---



**Anexo II – Autorização para a aplicação do Questionário**

---





**Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de  
Viseu/IPV**

---



**Anexo IV – Declaração de consentimento informado**

---