

INTRODUÇÃO

A presente dissertação enquadra-se no âmbito da área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, do V Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional.

A qualidade dos serviços de saúde define-se, segundo Mollin (2003), pela resposta às exigências e expectativas dos doentes que procuram os serviços de saúde, mantendo os custos ao mais baixo nível possível.

Estudos nesta área têm concluído que a melhoria da qualidade dos serviços de saúde no atendimento ao doente reduz, significativamente, as taxas de morbilidade e mortalidade (Mudge, A., Denaro, C., Scott, I., Bennett, C., Hickey, A. & Jones, M., 2010). A este respeito Gu, Wang e McGregor (2010), concluíram recentemente, numa investigação sobre a optimização da prevenção da saúde, que ao dinamizar os programas de saúde primários, a qualidade de vida dos doentes aumentava ao mesmo tempo que diminuía problemas graves de saúde e, conseqüentemente, os custos dos tratamentos.

Também, na área dos cuidados secundários um conjunto alargado de estudos tem verificado que a qualidade dos serviços está associada ao aumento da adesão dos doentes ao tratamento a qual é, por sua vez, um dos principais determinantes da evolução positiva da doença (Kane, S., Huo, D., Aikens, J. & Hanauer, S., 2003). Pelo contrário a não adesão tem-se mostrado um determinante importante de insucesso do tratamento e de gastos inúteis dos serviços de saúde (DiMatteo 2004; Morris, L. & Schulz, R., 1992; Donovan, J., 1995), os quais por serem escassos deverão ser optimizados e foco de boa gestão.

É actualmente inquestionável que a Gestão é uma disciplina cada vez mais utilizada na área da saúde e uma ciência que permite a organização e melhoria de todos os recursos utilizados dentro das instituições de saúde (Rocha, J., 2006).

A gestão de qualidade dos serviços de saúde é determinada por inúmeros factores, um dos quais se prende com a necessidade de adequar o tratamento à doença e ao doente, de forma a manter a sua adesão ao tratamento e, com isso, diminuir consultas e prolongamento de tratamentos que implicam gastos de recursos humanos e materiais desnecessários.

Deste modo, a adesão à terapêutica tornou-se num tema de grande ênfase na gestão de cuidados de saúde, uma vez que dela depende a melhoria ou o agravamento da situação de doença dos indivíduos e uma melhor gestão dos serviços. De acordo com Berlant e Pruitt (2003), a adesão terapêutica é descrita como um complexo processo comportamental que resulta da interinfluência entre o doente e o meio que o envolve. A não adesão torna-se assim um problema também associado à disfunção do ambiente envolvente do doente, isto é, a aspectos relacionados com a gestão dos serviços.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO), o índice geral de não adesão ao tratamento em doenças crónicas nos países desenvolvidos estima-se em 50% (WHO, 2003). De acordo com Ye, Gross, Schommer, Cline e Peter (2007) os resultados de não adesão variam entre os 25% e os 80% dependendo dos factores que envolvem o doente.

Ainda que o problema de não adesão seja abrangente, é nos doentes crónicos que mais se tem vindo a constatar uma maior taxa de não adesão à terapêutica. (Valquez, J., Rodrigues, C. & Alvarez, M., 1997; Zolnierek, K. & DiMatteo, M., 2009)

A doença crónica é por definição uma situação clínica tratável, mas não curável, que depende muito da forma como o doente se envolve no tratamento, necessitando paralelamente de supervisão, observação e cuidados de outrem. (WHO, 2003). A forma como o doente aceita a sua doença e se envolve no seu tratamento são pois cruciais para a sua qualidade de vida e mesmo para a prevenção da morbilidade e mortalidade.

As Doenças Cardiovasculares são consideradas doenças crónicas, constituindo a principal causa de morte nos países ocidentalizados. De entre essas, o enfarte agudo do miocárdio por trombose intrastent apresenta taxas de incidência entre 0.5% e os 2% e uma elevada taxa de mortalidade, que ronda os 45% (Grove & Kristensen, S., 2007). A morte associada a este tipo de patologia acontece sobretudo em doentes, submetidos a Angioplastia Transluminal Percutânea Coronária (PTCA) com colocação de *stent*, com confirmada não adesão à terapêutica antiagregante plaquetária. (Mauri, L., Hsieh, W. & Cutlip, D. 2007)

A adesão terapêutica é descrita como um comportamento humano, influenciado por um vasto conjunto de determinantes. Em Portugal, o estudo realizado por Cabral e Silva (2010), conclui que a adesão plena às prescrições médicas ronda um terço da população de doentes em tratamento. No entanto, 88% dos participantes do referido estudo respondeu considerar que segue o tratamento correctamente. (Cabral, M. & Silva, P., 2010)

Promover a adesão responsável dos doentes como patologias cardíacas é sem dúvida um desafio para todos os profissionais nesta área, nos quais se incluem os enfermeiros, pois como foi anteriormente referido, a não adesão por um lado aumenta os riscos de eventos cardiovasculares e por outro lado é causa de problemas de gestão dos serviços e de gastos desnecessários.

Desenvolvendo a autora deste estudo actividade profissional como enfermeira num serviço de cardiologia, convivendo diariamente com o problema da não adesão dos doentes à terapêutica surgiu a questão, que se tornou o tema da investigação que aqui se apresenta:

- Quais as causas de não adesão à terapêutica antiagregante plaquetária referidas pelos doentes com trombose intrastent?

Espera-se que a resposta a esta questão possa ajudar ao desenvolvimento de intervenções que visem a menor morbidade e mortalidade neste tipo de patologias e, concomitantemente, se possa contribuir para a melhoria da gestão da qualidade dos serviços de saúde e para a redução dos custos de Saúde.

Define-se como finalidade desta investigação: contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde ao doente e paralelamente, para diminuição dos custos nas organizações de saúde, numa perspectiva de governança clínica.

Defende-se que, tal como referido por Varni (1984, p.587), “ *o aumento da adesão aos regimes terapêuticos, resultará numa diminuição drástica dos custos dos serviços de saúde e poderá produzir um impacto tão grande no tratamento da doença e nos índices de mortalidade como o que tem tido o desenvolvimento das técnicas biomédicas de intervenção*”.

O objectivo geral desta investigação é identificar as causas da não adesão à terapêutica antiagregante plaquetária, em doentes assistidos num Hospital Geral do centro de Lisboa. Entre 2004 e 2008, foram realizadas neste Hospital, 3949 Angioplastias Transluminais Percutâneas Cardíacas (PTCA's), 59 das quais por trombose intrastent, o que perfaz uma percentagem de 1.49% nos 5 anos a que refere este período de tempo. A média ronda as 789.8 PTCA's por ano, sendo 11.8 por trombose intrastent¹. Segundo dos dados clínicos dispensados à autora da presente investigação estas recidivas (os doentes foram anteriormente submetidos a procedimento similar devido a trombose) são em 95% dos casos causados por não adesão à terapêutica antiagregante plaquetária, que é prescrita após a realização de cateterismo com PTCA.

Este problema é vivido diariamente e intensamente pelos enfermeiros a quem cabe estar mais perto do doente. A enfermagem tornou-se ao longo dos tempos crucial para os cuidados ao doente, não só como forma de tratar a doença instalada, como também e principalmente, na sua prevenção através da educação para a saúde, desenvolvendo medidas indispensáveis a adoptar para a melhoria da sua qualidade de vida do doente.

Desenvolver sistemas de qualidade nas instituições de saúde, torna-se, então, cada vez mais uma prioridade nos cuidados ao doente e são os profissionais de saúde que assumem esse papel nos padrões de qualidade. Defendendo esta asserção, a Ordem dos Enfermeiros (2001) refere que a

¹ Trombose intrastent - é a formação de trombos sanguíneos no *stent*, que poderá originar novos episódios de EAM (Iakovou, I., Mehran, R. & Dangas, G., 2006).

qualidade em saúde exige reflexão sobre a prática e definição de objectivos para delinear estratégias nos serviços e cuidados a prestar pelos profissionais de saúde.

Pretendem-se com a presente investigação ajudar os enfermeiros e outros profissionais de saúde a reflectirem sobre os cuidados prestados aos doentes que realizam PTCA, analisando principalmente a informação prestada e a compreensão do doente pós tratamento, de modo a prevenir a reincidência de trombose intrastent. Neste sentido mais uma vez a Ordem dos Enfermeiros (2001) refere que prevenir a doença e promover os processos de readaptação à vida quotidiana promove a satisfação das necessidades fundamentais dos doentes e a máxima dependência nas actividades de vida diárias, como expresso na seguinte afirmação “*na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

Assim, pressupõe-se que, sabendo as causas de não adesão, os profissionais de saúde poderão de forma mais efectiva confrontar esse problema, quer através de uma melhor organização dos recursos e de intervenções mais adequadas e orientadas para os problemas reais destes doentes, quer através do encaminhamento para profissionais de outras especialidades que possam intervir no sentido de diminuir ou resolver a situação. A diminuição destes casos, leva igualmente a uma melhor gestão da qualidade hospitalar, pois implica a diminuição de internamentos por trombose intrastent e diminuição de consultas relacionadas com problemas que derivam da não adesão.

O objectivo geral deste estudo orienta para os seguintes objectivos específicos: identificar e comparar determinantes cognitivos dos doentes que aderem e dos doentes que não aderem à terapêutica nas dimensões: benefício do tratamento, custos do tratamento; acesso ao tratamento; severidade da doença; vulnerabilidade; consequências; competência para a realização do tratamento; recursos de apoio; informação; e relacionamento com os profissionais de saúde. Considera-se como população deste estudo todos os doentes submetidos a PTCA, no já referido Hospital Central de Lisboa, entre 2004 e 2008.

Constitui ainda motivação para a realização deste trabalho o interesse manifestado pelo serviço hospitalar, onde a autora exerce a sua actividade, na utilização dos resultados deste projecto para a implementação de uma consulta de enfermagem de *follow-up* para doentes submetidos a PTCA. Essa consulta terá como missão educar e apoiar a população obtendo a diminuição dos re-internamentos e conseqüentemente os gastos a nível hospitalar e a melhoria da gestão da qualidade do serviço.

Paralelamente acresce como motivação pessoal:

- Aumento do conhecimento;
- Contribuir para a melhoria das competências dos profissionais de saúde;
- Ajudar a melhorar a qualidade de vida dos doentes em estudo;

- Poder desenvolver um projecto de maior dimensão a nível hospitalar e profissional.

Este trabalho apresenta-se em duas partes. A primeira parte, referente ao Enquadramento Teórico, encontra-se por sua vez dividida em três capítulos. O primeiro define o enfarte agudo do miocárdio e os tratamentos de eleição. No segundo capítulo foca-se o conceito de adesão terapêutica; apresenta-se o Modelo de Crenças de Saúde, que serve de fundamento teórico a este estudo, e faz-se uma breve referência sobre causas de não adesão, apresentando-se uma revisão de literatura sobre esta problemática. No terceiro capítulo refere-se a importância da qualidade dos serviços de saúde e dos cuidados prestados ao doente na perspectiva de gestão, ou de governança clínica e faz-se uma relação entre a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e a adesão terapêutica por parte do doente.

A segunda parte do trabalho integra o Estudo Empírico. No primeiro capítulo apresenta-se a metodologia escolhida para o estudo. No segundo faz-se a apresentação e análise dos resultados.

Parte I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO I – ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA CORONÁRIA

1.1 – O Enfarte Agudo do Miocárdio

As doenças cardiovasculares são uma das mais frequentes causas de morte, com uma incidência anual considerável, (50%) em todo o mundo. De entre as diversas patologias cardíacas o enfarte agudo do miocárdio (EAM), é aquela que se destaca por ter a taxa de incidência mais elevada, com cerca de 12 milhões de mortes por ano. (OMS, 2002 in www.who.int)

O sistema cardiovascular é formado por diversos componentes dos quais o órgão central é o coração. O coração humano é um músculo formado por quatro cavidades, duas aurículas e dois ventrículos, artérias, veias e válvulas. O coração é revestido por artérias que têm como função perfundir o músculo cardíaco, levando através do sangue o oxigénio às células cardíacas, de forma a manter a sua funcionalidade. Estas artérias têm como nome “coronárias” e quando bloqueadas por algum factor, desencadeiam a diminuição do trabalho cardíaco (Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P., 1997).

Muitas são as patologias que afectam o músculo mais importante do nosso corpo, tais como a insuficiência cardíaca, arritmias, miocardites e pericardites, entre outras, sendo o EAM (enfarte agudo do miocárdio) a que tem uma taxa de mortalidade mais elevada, estando também causa de morte súbita. (O’Rourke, R., Fuster, V. & Alexander, R., 2002)

O EAM é designado como uma isquémia, ou mesmo necrose, de um determinado território do músculo cardíaco, provocado pela interrupção local do fluxo de sangue, ou seja, pela formação de trombos ou aumento do espessamento das artérias coronárias, que leva à diminuição da passagem de sangue para as células do miocárdio. Seeley, Stephens e Tate (1997), descrevem o

EAM como o resultado da interrupção do fluxo de sangue no miocárdio, originando a carência de oxigénio no mesmo, o que leva à morte celular.

De acordo com O'Rourke, Fuster e Alexander (2002), as causas do EAM integram hábitos de vida sedentários, tabagismo, hábitos alimentares deficitários, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidémia, causas ideopáticas, não cumprimento da terapêutica, patologia cardíaca de base, tal como fibrilhação auricular e doença vascular.

Nota-se uma maior incidência de EAM em doentes com uma história emocional marcada, uma vez que o stress activa o sistema nervoso simpático libertando catecolaminas para o sistema, o que leva a um aumento da necessidade de oxigénio por parte do coração, aumento da contractibilidade e da frequência cardíaca. Estas forças podem causar um deslocamento de trombos ou ao rompimento de placas em zonas frágeis devido ao processo inflamatório que é desencadeado. Também se verifica uma maior incidência de enfartes entre as 6h e o meio-dia devido à variação circadiana. (O'Rourke, R., Fuster, V. & Alexander, R., 2002)

A sintomatologia do EAM é muito facilmente confundida com outras patologias, tais como a angina de peito e até mesmo uma simples dor de estômago. O doente pode referir dor intensa, tipo pontada, no peito em que não consegue definir o local exacto da dor. Esta dor pode ser precordial ou retroesternal, com irradiação para o braço esquerdo e para a mandíbula esquerda. Também muitas das vezes poderá revelar dor no tórax posterior e dor epigástrica, o que faz levar à dúvida na realização do diagnóstico. Associados à dor estão as náuseas, os vómitos, a sudorese intensa, dispneia e *fácies* de dor com rubor, calor e viscosidade. Por vezes, o EAM fica camuflado derivado à dor atípica e aos sintomas difusos por parte do doente, e assim poderá desenvolver outras patologias tais como a insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas. Em outros casos, por exemplo, doente com diabetes, o EAM pode cursar sem dor. (Phipps, W, Cassmeuer, V., Sands, J. & Lehman, M., 1999)

A realização do diagnóstico de EAM é feita através de diversos exames para além da observação clínica. Normalmente é realizada uma análise de sangue para confirmar a subida das enzimas cardíacas. Estas enzimas normalmente têm uma subida repentina nas 12h após o EAM e dão um resultado fidedigno em relação ao diagnóstico. O ECG também é exame de eleição. As ondas electromagnéticas do coração diferem com o tipo de EAM, ou seja, o complexo QRS num EAM encontra-se alterado, havendo uma elevação do segmento ST. Em caso de isquémia existem alterações na onda T, onde esta se encontra invertida. (Lipman, B. & Cascio, T., 2001) A derivação electrocardiográfica onde se observam as alterações mencionadas indica a área lesada e, conseqüentemente, a possível artéria coronária doente.

Ao ser diagnosticado o EAM o mais adequado é a administração de terapêutica protocolada para a situação. As prescrições normalmente baseiam-se na administração de clopidogrel 600mg, aspirina entre 100mg e 500mg e HBPM consoante o peso do doente. Em casos que seja necessário

inicia-se a técnica de trombolise, através da administração de trombolíticos (por exemplo o Tirofiban^R). Após tratada a sintomatologia através da administração de medicação para o EAM, o doente deverá ser submetido a cateterismo cardíaco de diagnóstico ou de tratamento. (O'Rourke, R., Fuster, V. & Alexander, R., 2002)

1.2 - Cateterismo Cardíaco e PTCA

O cateterismo cardíaco consiste numa técnica invasiva na qual é introduzido um cateter através de uma das artérias femoral, radial ou umeral, sendo guiado até à artérias coronárias. Esta realiza-se sob o uso de flunoscopia e injeção de produto de contraste para que as artérias coronárias sejam visíveis durante o exame. Através desta técnica é possível visualizar estenoses, anomalias morfológicas e oclusões que existem a nível das artérias coronárias e no mesmo procedimento tratá-las através da dilatação com balão e/ou aplicação de *stents*. À aplicação de *stents* ou apenas dilatação das áreas lesadas das coronárias dá-se o nome de angioplastia coronária transluminal percutânea (PTCA). (Phipps, W., Cassemeyer, V., Sands, J & Lehman, M., 1999; Phipps, W., Cassemeyer, V., Sands, J & Lehman, M., 1996)

De acordo com Seeley, Stephens e Tate (1997), a angioplastia é um procedimento pelo qual um balão é introduzido através da artéria aorta até à artéria coronária. Após este balão se encontrar na artéria coronária obstruída, é insuflado de maneira a dilata-la. No entanto, este autor, põe em causa a eficácia desta técnica, uma vez que meses após a sua realização existe um aumento da formação de coágulos nas artérias coronárias.

A trombose intrastent é uma oclusão súbita das artérias coronárias com stent, por formação de trombos no seu interior. (Iakovou, I., Mehran, R. & Dangas, G., 2006). O despiste desta complicação é feita através da administração de terapêutica antiagregante plaquetária, uma vez que a trombose é uma das principais causas de morte após coronariografia de intervenção. Para os autores atrás referenciados, clinicamente as consequências de trombose de *stent* são mortais em 20% e 48% dos casos e na maioria das vezes desencadeiam novamente EAM (70%). (Iakovou, I., Mehran, R. & Dangas, G., 2006)

A trombose de *stent* é rara, mas é uma das complicações graves deste dispositivo, podendo levar à morte súbita ou em outros casos, a novos episódios de EAM, em que se recorre novamente ao cateterismo para desobstruir o *stent* trombosado. Há situações em que se tem mesmo de se recorrer à cirurgia cardio-torácica para revascularização através de *bypass*. (Mauri, L, Hsieh, W. & Cutlip, D., 2007)

As trombozes de *stent* podem ser caracterizadas como agudas, dentro das 24h após colocação de *stent*, subagudas, dentro de 30 dias e tardias, dentro do primeiro ano. (Grove, E. &

Kristensen, S., 2007; Iakovou, I., Mehran, R. & Dangas, G., 2006; Mauri, L, Hsieh, W., Massaro, J., Ho, K., D'Agostino, R. & Cutlip, D., 2008)

Para além da trombose intrastent, muitas complicações podem surgir durante a realização do cateterismo cardíaco, tais como AVC, dissecções das artérias, embolias, complicações vasculares, hematomas, arritmias, nefropatia pelo contraste, reacções alérgicas/anafiláticas. (Grove, E., Kristensen, S., 2007; Mauri, L, Hsieh, W. & Cutlip, D., 2007)

1.3 - Regime Terapêutico: Terapêutica antiagregante plaquetária

Os antiagregantes plaquetários são antagonistas das funções plaquetárias, prevenindo assim as oclusões tromboembólicas agudas da circulação arterial, pois inibem a agregação das plaquetas aquando da disfunção do endotélio. (Infarmed, 2009)

De acordo também, com a Infarmed (2009) a aspirina ou ácido acetilsalicílico é um dos fármacos de eleição para a prevenção do tromboembolismo arterial. Este bloqueia de forma duradoura a formação de tromboxano A₂, um indutor lábil da agregação plaquetária e vasoconstritor potente. Outro dos medicamentos usados para a inibição de formação de trombos é o clopidogrel, ou comercialmente conhecido, Plavix^R. Este impede a ligação de fibrinogénio às plaquetas activadas após interacção com a glicoproteína plaquetária Iib/IIIa e a retracção do coágulo. O efeito do clopidogrel consegue perdurar no organismo vários dias após a sua cessação.

As reacções adversas destes medicamentos passam pelas equimoses, hemorragias, náuseas, diarreias e raramente neutropénia e trombocitopénia. Noutros casos podem provocar epistaxis, hemorragias digestivas, gengivorragias, sangramento de úlcera péptica, azia e espasmo brônquico. As erupções cutâneas são também um dos efeitos adversos a estes medicamentos (Infarmed, 2009). Estes efeitos são muitas vezes pouco tolerados pelos doentes, o que os leva a quebrar o regime terapêutico prescrito.

A manutenção da terapêutica anti-trombótica, incluindo a antiplaquetária é importante para a prevenção da trombose intrastent. Uma combinação de terapêutica anticoagulante plaquetário reduz os riscos de trombose de stent. A melhor combinação é a aspirina e o clopidogrel, e por vezes a ticlopidina. O clopidogrel deve ser administrado no mínimo durante um ano e a aspirina não pode ser parada. A cessação da terapêutica é um risco muito elevado para a trombose de stent acontecer. (Mauri, L, Hsieh, W. & Cutlip, D., 2007)

A dupla antiagregação plaquetária com deve ser continua por um longo período após a implantação do stent, ou seja o tratamento é recomendado no mínimo 12 meses ininterruptamente.

O clopidogrel pode ser suspenso após os 12 meses, no entanto a aspirina deve ser continua, ou seja é de vida longa. (Grove, E. & Kristensen, S., 2007).

Como suplemento da prevenção da trombose *intra-stent* o regime da dupla antiagregação plaquetária é fundamental pois reduz os incidentes em grande parte. A dupla antiagregação plaquetária deve ser prescrita logo nas primeiras 24 horas após a implantação de *stent* pois, a maioria das trombozes ocorrem nos primeiros 30 dias a seguir ao tratamento. (Iakovou, I., Mehran, R. & Dangas, G., 2006)

Desta forma, e de acordo com um estudo realizado por Eisenstein et al. (2007), os doentes submetidos a implantação de stents beneficiam significativamente da dupla antiagregação durante 12 meses, de modo a diminuir a taxa de incidência da trombose *intra-stent* e consequentemente de mortalidade.

Muitos dos doentes não cumprem como prescrito a terapêutica antiagregante plaquetária, potenciando assim o elevado número de eventos de trombozes *intra-stent*. (Grove, E., Kristensen, S., 2007; Iakovou, I., Mehran, R., Dangas, G., 2006). Para Elliot, Maddy, Toto & Bakris (2000) é importante a toma da medicação como prevenção do aumento das taxas de mortalidade por enfarte agudo do miocárdio.

No serviço onde se realizou o presente estudo pode constatar-se que o número de trombose *intra-stent* é elevado (1.49%) em comparação aos estudos encontrados na literatura, que apontam para índices de ocorrência entre 0.5% e 2% (Grove E.; Kristensen, S., 2007). Dos casos de trombose *intra-stent*, neste serviço, 95% dos casos são por não adesão à terapêutica, e a taxa de mortalidade destes doentes ronda os 30%. A elevada taxa destes casos, leva a um aumento dos internamentos neste serviço, estando na ordem dos um a dois internamentos extra por mês. Esses internamentos, para além de diminuírem o número de camas vagas, também aumentam as despesas em recursos humanos e materiais. Os doentes reinternados com esta patologia, não usufruem apenas do serviço de internamento, pressuposto normal, necessitam também de realizar exames extra, tal como o cateterismo que é das intervenções mais dispendiosas deste serviço.

CAPITULO II - Adesão à Terapêutica

A adesão à terapêutica é um factor fundamental para a melhoria do doente com angioplastia transluminal percutânea coronária. No entanto, a realidade que se vive actualmente nos serviços de saúde revela taxas de não adesão a aumentar, e torna a promoção da adesão num dos principais desafios aos profissionais de saúde. (Leahne, E. & McCarthy, G., 2009).

2.1 - Conceito de Adesão : definição e epidemiologia

A preocupação em relação aos elevados índices de não adesão às prescrições e recomendações médicas do tratamento não é recente. Hipócrates, na escola de Kos já chamava a atenção dos seus discípulos para o facto de “*os pacientes mentirem frequentemente quando dizem ter tomado certos medicamentos*”. (Burgoon, 1996)

No entanto, a investigação sobre este problema só é devidamente considerada a partir dos anos 60/70, com o advento da medicina moderna e das novas concepções de saúde, e com a constatação das consequências da não adesão nos índices de mortalidade em doenças infecciosas, e na qualidade de vida na doença crónica (Santos,2005). A preocupação rapidamente se transformou em estudo e,

- em 1975 Becker e Mainam referiam a não adesão como “ *o melhor documentado e menos compreendido comportamento relacionado com a saúde*” (Becker, M. & Mainam, L. 1975).
- em 1979 Haynes e colaboradores, numa revisão bibliográfica sobre o assunto, encontram 579 artigos sobre adesão. (Haynes, B., Taylor, D. & Sackett, D., 1979).

No entanto este problema continua a ser considerado, nos nossos dias, como “um problema mal compreendido”, muito associado a aumento de morbilidade e mortalidade, sendo um sério obstáculo no tratamento de doenças e na erradicação de algumas das patologias mais graves que afectam a humanidade. (Wahl, C., et al. 2005; WHO, 2003).

A juntar-se às taxas elevadas de morbilidade e mortalidade estão também os custos, estimados em centenas de biliões de dólares, gastos nos dos serviços de saúde devido à não adesão terapêutica por parte dos doentes, nomeadamente doentes crónicos (DiMatteo 2004; Peterson,

Takiya, & Finley, 2003). Estes gastos incluem, segundo Vermeire, Hearnshaw, Royen e Denekens (2001), reinternamentos e necessidade de cuidados adicionais.

Na literatura o conceito mais tradicional associado à não adesão dos doentes ao tratamento é o de *Compliance*. *Compliance* é definida por Haynes, Taylor e Sackett (1979) como o grau em que o paciente segue o regime terapêutico prescrito, ou seja, como o grau em que o comportamento do paciente coincide com as prescrições do especialista. Segundo esta definição, muito conotada com o modelo biomédico, aderir ao tratamento é o comportamento esperado do doente (adesão como norma). Nesta conformidade *Compliance* é descrita por Vermeire, Hearnshaw, Royen e Denekens (2001), como a submissão do paciente ao tratamento prescrito pelo médico. O não cumprimento (*non-compliance*) é pouco compreendido e considerado uma desobediência ao médico. Estudos científicos, e a prática clínica de profissionais que diariamente lidam com situações claras, e pouco faladas, de não adesão, levaram a questionar esta definição. Na realidade, ao contrário do esperado, os doentes não seguem os tratamentos. Na realidade, ao contrário do pressuposto por esta definição de adesão, o doente é, potencialmente, um elemento activo que questiona, procura informação, tem crenças em relação à doença e ao tratamento e que no final “escolhe” o seu comportamento de adesão.

Mais recentemente o termo *compliance* foi substituído por *adherence* e por *concordance*. Estas alterações são conceptualmente importantes pois espelham modificações cruciais, na forma como se entendem os doentes e a sua participação no tratamento. Vermeire, Hearnshaw, Royen e Denekens (2001) explicam a evolução destes três conceitos enquadrando-os na orientação mais geral da medicina e da sua passagem do modelo biomédico para uma abordagem holista. Assim, *Adherence*, é descrita como o termo mais usado, é definida como a persistência e manutenção da prática dos comportamentos desejáveis de tratamento e entendida como o resultado da participação activa (de análise e escolha) do indivíduo. (Carpenter, R., 2005; Treharne, G., Lyons, A., Hale, E., Douglas, M., & Kitas, G., 2006)

A definição de *Concordance* leva ainda mais longe a relação médico/doente tornando-a numa parceria (*partnership*) em que os dois, médico e doente, são especialistas e encontram, em conjunto, a melhor forma de tratamento. Defende, esta perspectiva, que o tratamento é da co-responsabilidade de ambos, e que o doente é um decisor e deverá fazer uma escolha esclarecida e responsável. (Treharne, G., Lyons, A., Hale, E., Douglas, M., & Kitas, G., 2006; Vermeire, E., Hearnshaw, H., Royen, V. & Denekens, J., 2001)

Em termos epidemiológicos, como já foi anteriormente referido, a taxa de não adesão às prescrições e recomendações do tratamento é elevada. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) estima-se que 50% dos tratamentos recomendados não sejam seguidos. A este respeito também estudos recentes (Delamater, 2006; D’Inca, R., Bertomoro, P., Vettorato, K. & Sturmiolo, R., 2008) concluíram, taxas de não adesão entre 50% a 80% nos doentes crónicos.

Especificamente em relação à doença cardíaca embora não se tenha encontrado, na literatura, nenhuma investigação sobre adesão dos doentes com trombose intrastent, um conjunto alargado de estudos tem registado valores de não adesão consentâneos com os verificados para a não adesão noutras patologias crónicas. Assim, no estudo de Andall (2006) com doentes cardíacos, o autor concluiu que apenas 38% fazia a medicação do colesterol como recomendado; 65% não seguia as recomendações de dieta e permanecia obeso; 21% continuava sem alterar os seus hábitos tabágicos e apenas 30% fazia exercício físico aconselhado. Resultados semelhantes foram apresentados por Rolley, Davidson, Dennison, Ong, Everett, & Salamonson (2008) que concluíram, numa amostra alargada de doentes com hipertensão arterial, que 50% a 70% não seguia a medicação prescrita. Indo ao encontro de conclusões de estudos prévios de Rolley Davidson, Dennison, Ong, Everett, & Salamonson (2008), reforçam a ideia de que os medicamentos prescritos aos doentes com problemas cardiovasculares são pouco tomados, potenciando o reinternamento e aumentando os valores de mortalidade e morbilidade. Segundo estes autores, 10% a 25% dos doentes cardiovasculares abandonam a terapêutica nos primeiros 6 meses após iniciado o tratamento, e entre 21% e 47% nos primeiros 24 meses. Corroborando este facto, também George & Shalansky (2006) numa investigação realizada com doentes com insuficiência cardíaca verificou que 22% dos doentes do seu estudo, não aderiam ao tratamento prescrito.

Os custos da não adesão são importantes e amplamente estudados em investigações das áreas médica, farmacológica, psicológica e sociológica. DiMatteo (2004) refere perdas de centenas de biliões de dólares anuais, na economia americana, devido a medicamentos não tomados e a novos exames e internamentos que são consequência da não adesão. Outros autores como Christensen & Ehlers (2002) e Wahl et al., (2005) referem a relação entre não adesão e a evolução negativa da doença ou de não adesão e o aumento de morbilidade e mortalidade.

Em relação a patologias cardíacas a não adesão ao tratamento pode por em perigo a vida do doente (McDermott, M., Schmitt, B. & Wallner, E., 1997). Ainda a não adesão é causa de perda de tempo e energia, assim como de frustração e não satisfação dos profissionais de saúde (DiMatteo, M., Teiter, R. & Gambone, J., 1994).

A não adesão torna-se, assim, um problema a ser considerado quando se pretende a qualidade dos cuidados de saúde, assim como a contenção de custos e a maior efectividade dos recursos.

2.2 - Determinantes de não adesão à terapêutica

Tal como a adesão ao tratamento prescrito influencia a qualidade de vida dos utentes e a qualidade dos serviços de saúde, também esta é influenciada por inúmeros factores, externos ou internos ao doente. Tais factores determinam o comportamento do doente em relação ao seu tratamento.

Segundo um conjunto alargado de estudos, existem inúmeros determinantes de adesão, decorrentes de aspectos relacionados com a doença/tratamento e de aspectos relacionados com o indivíduo.

Quanto aos determinantes relacionados com a doença e ao tratamento são referidos como mais prevalentes: o tipo de doença, custos do tratamento; tipo de prescrições; a complexidade do tratamento, e efeitos secundários do tratamento e a falta de obtenção de resultados positivos.

Ye, Gross, Schommer, Cline e Peter (2007) estudaram a relação entre o custo da medicação e a adesão tendo concluído que cerca de 1/3 da população estudada não adere ao tratamento com estatinas após prescrição médica, não só porque a patologia (colosterolémia) é assintomática mas essencialmente por razões económicas.

O modo como é prescrita e explicada a terapêutica são também referidos em vários estudos. Olowookere, Fatiregun, Akinyemi, Bamgboye & Osagbemi (2008) detectaram que em 31.5% das pessoas que falham a medicação antiretroviral a causa está associada à hora da toma (ser em jejum) e a explicações precárias em relação à toma. Sajatovic, et al. (2009), concluiu que 19.3% dos doentes não aderiam à terapêutica, tendo como factores associados as rotinas da medicação e efeitos secundários da mesma.

A complexidade do tratamento provou ser uma das condições determinantes de índices elevados de não adesão (avaliados em mais de 40%) em diversas investigações (DiMatteo, M., 2004b; Haddad et al., 2004). Tratamentos muito complexos, e associados à necessidade de alteração de rotinas e modificação do estilo de vida, estão associados a taxas de não adesão de mais de 70% (Chesney 2000; Li, B., Brown, W., Ampil, F., Burton, G., Yu, H. & McDonald, J., 2000). Num estudo com doentes com hipertensão Eisen, S., Miller, D., Woodward, R., Spitznagel, E. & Przybeck, T.(1990) concluíram que os indivíduos que tinham um tratamento com três tomas diárias apresentavam taxas de não adesão de 59%, enquanto que nos que tinham apenas uma toma diária a taxa era de 84%.

Ainda a este respeito uma investigação recente realizada por Cabral e Silva (2010), com o objectivo de identificar os determinantes de adesão à terapêutica em Portugal, concluiu que

factores económicos e, em especial, o custo dos medicamentos, era a segunda causa, de não adesão, mais referidas pelos cerca de 1400 indivíduos inquiridos.

Quanto aos determinantes inerentes ao indivíduo, encontra-se na literatura referência a aspectos demográficos (*e.g.* a idade e o estado sócio-económicos ou o estado civil); aspectos cognitivos (*e.g.* capacidade cognitiva, memória); recursos sociais (*e.g.* apoio social); estado emocional (*e.g.* perturbações emocionais); o relacionamento com os profissionais de saúde; e os determinantes cognitivos individuais acerca da doença e do tratamento.

Em relação a aspectos demográficos ainda que os estudos não sejam muito conclusivos e nem sempre com resultados coincidentes, a maioria tem verificado que existe a associações entre idade e adesão à terapêutica (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). Refira-se a este respeito o estudo de Dunbar-Jacob, Bohachick, Mortimer, Sereika e Foley (2003) sobre não adesão à terapêutica cardiovascular por parte de doentes idosos. Neste estudo os autores concluíram que existem inúmeras causas pelas quais doentes idosos deixam de cumprir o tratamento medicamentoso. Tais causas advêm de dificuldades tão simples como não conseguir abrir os frascos dos medicamentos, não saber ler, ter inúmeros medicamentos diferentes para tomar, doenças mentais, problemas familiares, falta de informação por parte dos profissionais de saúde. Estes autores referem também que as taxas de não adesão à terapêutica nestes doentes são bastante elevadas podendo ser mesmo fatais, e dão ainda ênfase às crenças desenvolvida pelos doentes, como determinante directamente relacionado com a adesão terapêutica. (Dunbar-Jacob, J., Bohachick, P., Mortimer, M., Sereika, S. e Foley, S., 2003)

No mesmo sentido o estudo, já referido, realizado por Ye, Gross, Schommer, Cline e Peter (2007), concluiu que doentes mais novos e do género feminino aderem melhor a terapêutica prescrita. No entanto é de referir que a baixa adesão à terapêutica em idades avançadas pode ainda estar associada não ao indivíduo doente, mas à inexistência de apoio, ou a faltas cometidas por outros adultos de quem o doente depende e que são, por incapacidade do idoso, responsáveis pela sua adesão.

Em relação aos aspectos cognitivos é fácil de compreender que para aderir correctamente ao tratamento é necessário que o doente perceba o que lhe é pedido e entenda a razão da prescrição. A literacia em relação à Saúde definida como “ *o grau de capacidade dos indivíduos para obter processar e compreender informações básicas acerca da sua saúde dos serviços necessários e disponíveis de forma a poder tomar decisões saudáveis*” (US DHHS, 2000, p.20) é referida como determinante do comportamento do doente. A capacidade cognitiva e a literacia são apontados como determinantes de adesão (Williams et al., 1995).

De acordo com Hahn (2009), não existem apenas as dificuldades impostas pela logística e pelos custos dos medicamentos e sua administração. O equilíbrio entre a percepção da necessidade de medicação o seu conhecimento e a tomada de decisão sobre a toma da mesma, influencia

também o grau de adesão. O facto de existirem dificuldades cognitivas na compreensão da importância da medicação por parte do doente, oferece maiores barreiras na sua cooperação para a toma e seguimento correcto do tratamento prescrito

Nos estudos de McCann, Clark e Lu (2008) e de Valquez, Rodriguez e Alvarez, (1997), os autores concluíram que como factores principais de não adesão existem o déficite cognitivo, prescrições terapêuticas complicadas, problemas económicos e a falta de envolvimento familiar.

Ainda a este respeito, Martin, Williams, Haskard e DiMatteo (2005) num estudo com 2500 sujeitos concluíram que 42% não compreendia as indicações terapêuticas. Referem que o risco de não adesão é mais elevado quando os doentes não sabem ler, nem entende as prescrições básicas e que 42% de 2500 pacientes não compreendem as indicações terapêuticas. O mesmo autor refere que a linguagem é uma barreira à compreensão da importância da terapêutica. Outro factor importante para Martin, Williams, Haskard e DiMatteo (2005) no campo cognitivo é o facto do doente se lembrar ou não de como foi prescrita a toma da medicação. Este autor verificou no seu estudo que 40% dos doentes apresenta riscos elevados de interrupção da terapêutica por vontade própria, esquecimento, ou porque simplesmente ignoram as indicações clínicas. Nestes casos, devem traçar-se estratégias para melhorar a adesão, tais como conhecer o grau de interesse dos doentes, apostar na relação terapêutica na comunicação doente - profissional de saúde. (Martin, L., Williams, S., Haskard, K. e DiMatteo, M., 2005)

Telles-Correia, Barbosa, Mega, Barroso e Monteiro (2007), identificaram, no seu estudo, vários determinantes de adesão em doentes transplantados, tais como a idade (prevalência nos jovens), o sexo, estado civil (mais nos solteiros ou sem companheiro), raça (mais frequente nos caucasianos) e nível socio-económico e educacional mais baixo. Nos factores psiquiátricos e psicológicos destaca-se a depressão. O estado emocional e especificamente a ansiedade e a depressão são apontados por outros estudos como determinantes importantes de adesão (DiMatteo, M., Lepper, H. & Croghan, T., 2000). De acordo com DiMatteo et al., (2000) o risco de não adesão é 27% mais elevado em doentes com depressão.

A relação do doente com o seu terapeuta, também é fundamental para o cumprimento do tratamento. O doente tem que confiar no profissional de saúde que o acompanha. Estudos têm demonstrado que existe um grande déficite neste campo, o que torna difícil a interacção entre estes dois elos, levando à diminuição da adesão por parte do doente. Doentes que referem ter uma boa relação com os profissionais de saúde, que consideram ter uma boa comunicação com os especialistas que os acompanham e que se sentem apoiados apresentam maior motivação para a adesão ao tratamento (Jahng, K., Martin, L., Golin, C. & DiMatteo, M., 2005).

De acordo com Zolnierek e DiMatteo (2009), num estudo sobre a comunicação paciente - profissional de saúde, a comunicação e relação está significativamente correlacionada com a

adesão ao tratamento, havendo 19% de probabilidade de não adesão em doentes cujo o profissional de saúde comunique de forma menos correcta e terapêutica.

No mesmo sentido vão as conclusões de Bell e Kravitz, 2008 que num estudo com doentes hipertensos verificaram que apenas 30% relembra a importância da adesão à terapêutica na sua qualidade de vida. Este estudo concluiu existir uma relação significativa entre os doentes que mais relembravam essa importância e os que referiam melhor relação com os profissionais de saúde.

Especificamente em relação à adesão terapêutica antiagregante plaquetária foi apenas encontrada uma investigação realizada por Pereira (2007) com doentes pós-trombose intrastent. Os resultados revelaram que os doentes que mais abandonavam a terapêutica, e por isso considerados doentes de risco, eram os mais velhos, com baixo nível escolar, não casados, com antecedentes de patologias crónicas e com dificuldade na acessibilidade aos serviços de saúde.

Relativamente a Portugal, segundo o estudo de Cabral e Silva (2010) os motivos mais apontados para não adesão são; o esquecimento, o facto do doente se sentir melhor; o adormecer e horários menos adaptáveis à vida quotidiana; efeitos secundários, o preço dos medicamentos; e a relação com os profissionais de saúde. Este último determinante é mais referenciado por doentes crónicos. Os efeitos secundários e horários das tomas são independentes do tipo de gravidade da doença presente.

Em tentativa de resumo e de acordo com Wal e Jaarsma (2007) e com Geest, Dobels, Fluri, Paris e Troosters (2005), os principais determinantes responsáveis pela elevada taxa mundial de não adesão à terapêutica integram:

- Factores socio-económicos: baixo nível de escolaridade; suporte familiar; suporte económico (emprego; salário);
- Factores relacionados com o sistema de saúde: relação com os profissionais de saúde, frequência das consultas; recursos físicos, materiais e humanos suficientes no atendimento ao doente, facilidade de acesso aos tratamentos;
- Desenvolvimento da doença: Severidade dos sintomas da doença ou efeitos secundários ao tratamento, impacto da morbilidade no doente, disfunções cognitivas;
- Complexidade do tratamento: duração do tratamento, complexidade do tratamento, mudanças de prescrição do tratamento;
- Motivação do doente para realização do tratamento: atitudes do doente perante o tratamento, mudança do estilo de vida.

Um dos determinantes enunciados no início deste ponto diz respeito às crenças dos doentes em relação à doença e ao tratamento. Por constituírem componentes do modelo de adesão, que se

apresenta em seguida, e que constitui o modelo de referência do presente estudo, considerou-se mais adequado fazer a respectiva apresentação de revisão de literatura com a exposição do referido modelo.

2.3 - Modelo de Crenças de Saúde

A explicação da não adesão tem sido foco não só de inúmeros estudos empíricos, como do desenvolvimento de modelos que, ao longo dos últimos 50 anos, têm tentando integrar determinantes e clarificar processos que permitam, por um lado perceber o comportamento dos doentes e, por outro lado, prever situações de risco.

De entre esse modelos tem grande realce na literatura o *Health Belief Model* (Modelo de Crenças de Saúde) (HBM) de Rosenstock (1974). Este modelo muito tem contribuído para o estudo do comportamento humano ligado à saúde, e, conseqüentemente, para a compreensão de respostas comportamentais ligados ao tratamento do doente. (Ogden, 1999)

Segundo o Modelo de Crenças de Saúde, o comportamento humano é função de determinantes cognitivos centrais que são desenvolvidos ao longo da vida. Estes determinantes definem os comportamentos de saúde, entre os quais o da adesão ao tratamento.

Como se pode observar na figura 1 o Modelo de Crenças de Saúde integra cinco componentes, que, interligados, influenciam o desenvolvimento das acções dos indivíduos, em relação à adesão à terapêutica;

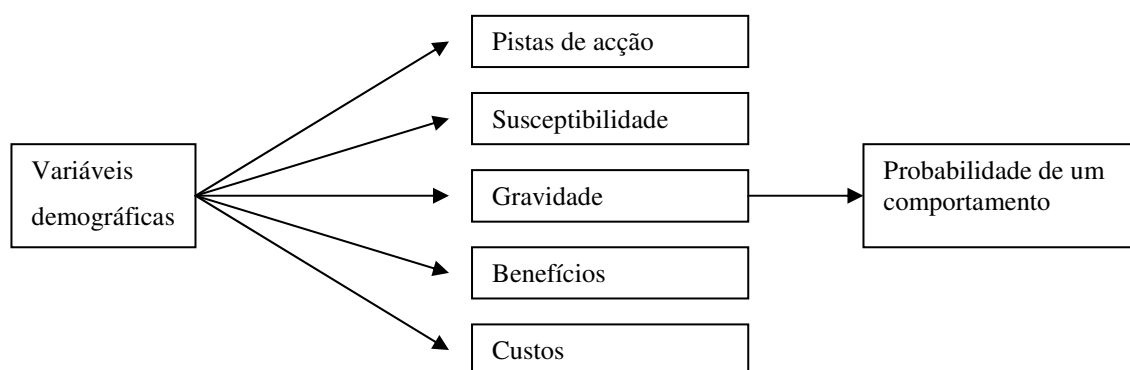


Figura 1: Modelo de Crenças de Saúde (Ogden, J., 1999)

São componentes dos Modelo de Crenças de Saúde (Rosenstock, 1974):

- Susceptibilidade percebida: Diz respeito a determinantes cognitivos do indivíduo relativamente ao grau em que se sente vulnerável a uma determinada doença ou situação clínica (Ex.: (1) “*tenho grande probabilidade de ter um enfarte*”; (2) “*as hipótese de ter um enfarte do miocárdio não são assim tantas. Já estive pior e não tive nada*”);
- Severidade percebida ou gravidade da doença: Diz respeito a determinantes cognitivos sobre o modo como o indivíduo avalia a gravidade/severidade da doença. (Ex.: (1) “*Um enfarte de miocárdio é muito grave.*” (2) “*Um enfarte do miocárdio é grave mas há coisas bem piores. Eu até já tive um e estou aqui.*”);
- Benefícios percebidos: Integra determinantes cognitivos sobre os ganhos/benefícios decorrentes de um determinado comportamento de saúde (e.g. (1) “*Se eu tomar os medicamentos tenho menos hipóteses de ter um enfarte do miocárdio*”; (2) “*Tomar ou não tomar não é assim tão relevante. É só mais ou menos importante*”)
- Barreiras percebidas ou Custos envolvidos: Integra determinantes cognitivos relativos aos custos associados à adesão ao tratamento.(e.g. “*Os medicamentos são pouco caros*”)
- Pistas de acção: Integra determinantes cognitivos relativos a sinais internos que potencializam o comportamento de adesão (Pistas internas) (e.g. sintomas de doença), e a outras ajudas externas que influencia o indivíduo na sua escolha em relação ao tratamento (e.g. os profissionais de saúde, a família).

Assim, tomando os exemplos referidos para cada um dos componentes do modelo, a Intenção da Acção será o resultado dos determinantes cognitivos do doente, da relação que se estabelece entre elas e do seu peso relativo. À partida poder-se-á pôr como hipótese que o indivíduo com os determinantes cognitivos identificados nos exemplos como (1) - e.g. com determinantes cognitivos de maior vulnerabilidade; maior severidade percebida da doença; determinantes cognitivos mais positivos quanto aos benefícios do tratamento; determinantes cognitivos de menores custos; e pistas internas (sintomas) e externas (estímulos do meio) - será o que demonstrará maior intenção da acção.

Este modelo tem vindo a ser usado para explicar e perceber a influência dos determinantes cognitivos/crenças nos comportamentos dos doentes (Rosenstock, I., Strecher, H. & Becker, M., 1988). Segundo estes autores a utilização HBM facilita o estudo dos comportamentos dos doentes em relação à não adesão da terapêutica, identificando as causas da não adesão, em diversas áreas (como a cardiologia), e contribuindo para o desenvolvimento de intervenção ao nível da melhoria dos cuidados prestados e, conseqüentemente, do aumento da qualidade de vida dos utentes.

Os estudos realizados permitiram a alteração e aperfeiçoamento do modelo, pela inclusão de outros componentes que se revelaram importantes no estudo da adesão à terapêutica. De entre as revisões e alterações propostas destaca-se o “*Extend Health Belief Model*” apresentado por Aalto e Uutela (1997) (Figura 2), desenvolvido após investigações sobre a adesão em jovens diabéticos. Nestes estudos Aalto, e Uutela (1997), verificaram que a adesão à terapêutica era significativamente influenciada por elevado *locus* de controlo interno e a auto-confiança na capacidade individual de gestão da terapêutica (auto-eficácia).

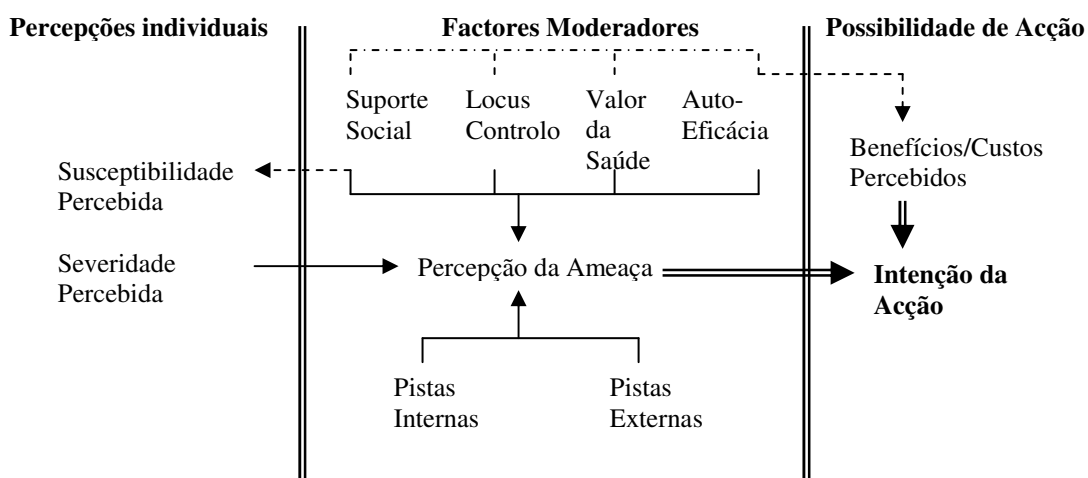


Figura 2: *Extended Health Belief Model* - Aalto e Uutela (1997)

A maior contribuição do *Extended Health Belief Model* (EHBM) foi, assim, a introdução, como mediadores das percepções individuais (e.g. crenças em relação à susceptibilidade e severidade), de quatro novos factores ; o suporte social; o *locus* de controlo; as crenças sobre o valor da saúde; e a auto-eficácia. Estes quatro factores, em interrelação com os expostos no modelo original, determinam, segundo os autores, o grau de ameaça percebida e, em conjunto com a avaliação desta ameaça, a intenção da acção.

O Suporte Social diz respeito aos recursos sociais de cada indivíduo, nomeadamente: o suporte emocional; a informação e o suporte financeiro.

O Locus de Controlo, conceito introduzido por Rotter (1954, citado in Rotter (1990)), refere-se à percepção do controlo pessoal sobre o resultado da acção, isto é ao grau de auto-atribuição individual de capacidade para controlar a sua vida e as suas acções (entre elas a saúde).

As Crenças sobre o Valor da Saúde incluem as representações individuais sobre a importância da saúde na vida do indivíduo.

A Auto-eficácia foi definida por Bandura (1986) como o “*juízo das próprias capacidades de executar cursos de acção exigidos para se atingir certo grau de performance*” (p. 391).

No estudo realizado por Gillibrand e Stevenson (2006), com o objectivo de testar este modelo na avaliação da adesão à terapia em 118 jovens diabéticos entre os 16 e 25 anos, os resultados verificaram que o EHBM explicava 18,5% da variância em relação à adesão à dieta; 12,4% da variância em relação ao auto-cuidado; e 13,1% da variância em relação à auto-verificação dos níveis de glicemia. No geral, esta investigação confirmou a validade do modelo no estudo da adesão. Em relação a cada um dos componentes, os autores concluíram que níveis elevados de *locus* de controlo interno (*e.g.* o indivíduo atribui a si próprio o controlo da sua vida) estavam associados a avaliação mais positiva dos benefícios do tratamento e à diminuição de atribuição de custos, que a auto-eficácia estava associada a índices de maior adesão e que o suporte social (em especial o suporte familiar) era um bom predictor de adesão nestes jovens.

Na revisão de literatura efectuada foi possível encontrar investigações com a utilização do Modelo de Crenças de Saúde desde os anos 70, registando-se 29 estudos já publicados entre 74 e 84, em áreas como a prevenção de comportamentos de risco relacionados com a doença; o comportamento de doente e a área clínica (*e.g.* adesão ao tratamento) (Harrison, J., Muller, P. & Green, L., 1992)

De entre os estudos iniciais é muito referido o realizado por Browlee-Duffeck et al., (1987) no qual os autores concluíram que as crenças individuais sobre a severidade e vulnerabilidade da doença, os custos/benefícios do tratamento e as pistas de acção explicavam 25% da variância num estudo sobre a adesão ao tratamento em doentes com diabetes. No mesmo sentido, também Bond, Aiken e Somerville (1992) verificaram a relação entre a motivação para a terapêutica e níveis elevados de avaliação da severidade da doença assim como a percepção de mais benefícios e de menos custos.

Também num estudo inicial, realizado por Fincham e Wertheimer (1985) com dois grupos de doentes (um grupo que tinha abandonado o tratamento e um outro que tinha aderido) os autores verificaram diferenças entre os grupos no que dizia respeito a : relação com os profissionais de saúde e a crenças em relação aos benefícios do tratamento.

Ainda no que diz respeito à dimensão severidade e vulnerabilidade, num interessante estudo de meta-análise DiMatteo, Haskard e Williams (2007) concluíram que as crenças de severidade estavam significativamente correlacionadas com a adesão. No entanto a correlação só era positiva (no sentido de maior percepção de severidade, maior adesão) quando os doentes tinham uma patologia clinicamente pouco severa. Nas situações que a doença era efectiva e clinicamente severa, crenças de elevada severidade resultavam em níveis mais baixos de adesão

Sirur, Richardson,, Wishart e Hanna (2009), de acordo com o Modelo de Crenças, refere no seu estudo que o doente só irá aderir ao tratamento quando tiver a percepção da vulnerabilidade e gravidade da doença, das vantagens e barreiras do tratamento e sua eficácia.

Na área da patologia cardíaca Oldridge e Streiner (1990), realizaram uma investigação sobre a adesão dos doentes em tratamento de reabilitação. As conclusões retiradas relacionam crenças sobre os benefícios do tratamento (a duração do tratamento era de 6 meses) e variáveis demográficas com o facto do doente recusar a terapia. Em 120 doentes propostos para reabilitação cardíaca, 58 cumpriram o plano de tratamento, enquanto 62 abandonaram ou nem iniciaram. Igualmente nesta área, Mirotznik e Feldman (1995) concluíram que crenças de sobre a severidade da doença cardíaca e a percepção dos benefícios do tratamento estavam associadas a níveis mais elevados de adesão a programas de reabilitação em doentes coronários.

A este respeito refira-se também o estudo de Tavafian, Hasani, Aghamolaei, Zare e Gregory (2009), sobre a adesão à realização do auto-exame da mama em mulheres adultas (média de 37.2 anos). Os autores concluíram que se verificavam índices de maior adesão nas mulheres que atribuíam mais benefícios ao exame e que se atribuíam maior eficácia na sua realização.

Na adesão aos medicamentos anti-retrovirais por parte de doente portadores de HIV/SIDA, Dilorio, C., et al. (2009) elaboraram uma investigação com uma população em que a média de idades rodava os 41 anos, o sexo predominante era o masculino e a raça africana. Nesta investigação as crenças em relação à doença e factores psicológicos estão directamente relacionados com a não adesão ao tratamento, enquanto que as crenças em relação à terapêutica e factores psicossociais estão indirectamente relacionados, tornando necessário orientação para as intervenções de adesão. Nesta área um outro estudo sobre HIV/SIDA relatou as crenças e atitudes desenvolvidas por jovens face à patologia. O Modelo de Crenças de Saúde foi utilizado para a construção das entrevistas e foi concluindo que existia falta de educação para a saúde, de forma a desmistificar crenças, atitudes e comportamentos de risco em relação ao tema estudado. (Maswanya, E., Brown, G. & Merriman, G., 2009).

Também segundo Olsen, Smith e Oei (2008) a não adesão ao tratamento da apneia de sono com CPAP é influenciada por comportamentos resultado de crenças (em especial crenças sobre os benefícios versus custos) em relação ao tratamento. Com este estudo os autores comprovaram que existe necessidade de intervir junto destes doentes, de forma a aumentar a taxa de adesão ao tratamento, melhorando a sua qualidade de vida.

Num estudo recente Budlar, White e Robinson (2010) utilizaram o Modelo de Crenças para identificar determinantes de não adesão a hábitos de higiene oral. Os resultados encontraram relações significativas entre a adesão e barreiras percebidas. Ainda que de forma moderada foi também verificada a importância da auto-eficácia para os comportamentos de adesão dos indivíduos da amostra.

A importância de factores como a auto-eficácia na adesão a tratamentos tem sido igualmente referida por autores como AbuSabha e Achterberg (1997), Carney, Fitzsimons e Dempster (2002), Elliot, Jacobson, e Seals (2006), Sullivan White, Young, Chang, Roos e Scott (2008).

No estudo de Sullivan, White, Young, Chang, Roos e Scott (2008), que teve como objectivo identificar preditores da intenção de aderir a programas para redução do risco de enfarte em doentes com patologia cardíaca os resultados permitiram concluir que crenças em relação aos benefícios do tratamento e a auto-eficácia eram os dois determinantes que mais se correlacionavam com a intenção da acção pró-saúde recomendada pelos profissionais de saúde.

Como resumo poderíamos afirmar que os resultados de um conjunto muito alargado de estudos têm contribuído para o suporte empírico do Modelo de Crenças de Saúde. No entanto a maioria das investigações aponta para diferenças em relação à relevância dos vários componentes. Estas diferenças poderão estar relacionados com as metodologias utilizadas nas investigações e com outras características das amostras como a idade ou o tipo de tratamento. Da revisão efectuada parece evidente que os determinantes cognitivos em relação aos benefícios e aos custos do tratamento, assim como a auto-eficácia e a relação com os profissionais de saúde, são dimensões com relevância especial na compreensão da adesão ao tratamento.

Segundo Sun, Guo e Sun (2009), o Modelo de Crenças de Saúde pode ser uma base importante para o estudo dos comportamentos humanos relacionados com a saúde e contribuir para o desenvolvimento de medidas para combater as causas de não à terapêutica.

Na presente investigação foram utilizadas as dimensões do EHBM: severidade; vulnerabilidade; benefícios e custos; consequências; competência (auto-eficácia), para a identificação dos determinantes cognitivos de doentes submetidos angioplastia transluminal percutânea coronária por trombose intrastent que aderem e não aderem à terapêutica.

Capítulo III – Cuidar com qualidade

O mundo de hoje encontra-se cada vez mais dependente de intervenções de gestão. Tudo à nossa volta evolui e sem a capacidade de organização que o Homem possui nada do que existe hoje teria sucesso. Os hospitais não são excepção, sendo considerados empresas de grande evolução e sucesso devido à elevada capacidade que o Homem tem em gerir os recursos que possui. De acordo com Magretta (2004), a gestão é uma disciplina que torna as organizações possíveis, ou seja, uma boa gestão fá-las funcionar bem. Desta forma, e com a evolução que a área da economia e das empresas está a sofrer, todo o Homem terá de pensar como gestor, mesmo sendo um prestador de cuidados de saúde.

3.1 - Governança clinica para um melhor cuidar

A evolução sempre tendeu para a melhoria da qualidade e na área da qualidade em saúde surgiu recentemente o conceito da governação clinica. A governança ou governação clinica é um conceito recentemente utilizado na área da saúde, considerado um método de gestão inovador, posto em prática para melhorar o padrão da prática clínica. De acordo com Starey (2001), governação clinica é um novo, abrangente e poderoso mecanismo que assegura os elevados padrões de cuidados clínicos que envolvem o Sistema Nacional de Saúde e a melhoria continua dos serviços. Este sistema foi desenvolvido com o intuito do cumprimento das normas traçadas no sistema de saúde, garantindo a melhoria continua dos cuidados de saúde prestados à comunidade.

Em 1983, a OMS definia qualidade clínica como sendo a articulação entre quatro elementos fundamentais na prática dos cuidados de saúde: desempenho profissional, eficiência no uso dos recursos, gestão de risco e índice de satisfação do doente. (Cardoso, 2005) Starey (2001) ao definir governança clinica descreve estes elementos e acrescenta outros: formação dos profissionais de saúde, auditoria clinica, gestão de risco, pesquisa e desenvolvimento, abertura para a boa prática de cuidados. Todos estes elementos fundidos numa só perspectiva e a interagir entre si, resultam numa melhoria da qualidade dos serviços de saúde, com elevados níveis de satisfação do doente e dos profissionais de saúde.

Gerarda e Cullen (2004), também descrevem cinco factores que integram a gestão adequada da governação clínica: satisfação do utente, relação dos profissionais de saúde, satisfação dos profissionais de saúde, Redução de risco e melhoria dos resultados clínicos.

É através do desenvolvimento destes elementos que a qualidade dos serviços de saúde pretende atingir o patamar mais elevado. A medida que se aposta em cada um deles a qualidade dos cuidados tende a aumentar e a ser reconhecida. A boa articulação entre os elementos resultará de uma prática de excelência em que se notará a satisfação do utente e paralelamente dos profissionais de saúde.

Para além de ser vista como uma medida positiva e de desenvolvimento, a governação clínica poderá ser considerada uma resposta eficaz e eficiente às preocupações da qualidade dos cuidados de saúde. (Goodman, N., 2009)

“A governação clínica/gestão clínica é o processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados. Envolve todos os membros da equipa de saúde pelo reconhecimento do contributo de cada um para a qualidade dos cuidados, implica esforço conjunto, da equipa, para identificar aspectos que necessitem de melhoria e para procurar soluções, implica responsabilização de informação aos utentes.” (Bugada, H., 2005 in www.spgsaude.pt)

França (2005), afirma que erros humanos só por si não provocam danos, no entanto aliados a sistemas de saúde pobre e pouco desenvolvidos podem dar origem a graves problemas e irreversíveis. As más práticas clínicas, a falta de formação em serviço, insuficiência de protocolos e a pouco interacção entre profissionais de saúde e utentes, levaram ao desenvolvimento deste sistema de gestão dos cuidados de saúde.

Infelizmente, o nosso país ainda se encontra aquém de conseguir atingir resultados extremamente positivos, contudo a luta constante e a implementação da qualidade nas instituições de saúde têm-se feito notar ao longo dos últimos tempos. De acordo com o Secretário de Estado Francisco Ramos, citado por Afonso (2006), as instituições de saúde devem preparar-se para a mudança e para apostar na segurança do doente, através da transparência, eficácia e responsabilidade dos profissionais de saúde. Este é o caminho mais indicado e assertivo para melhorar a qualidade dos serviços e promover a saúde da pessoa.

Uma melhor qualidade da saúde não passa só pela boa técnica dos profissionais de saúde, passa nomeadamente pela boa acessibilidade aos serviços de saúde por parte do utente, pela boa informação dada a este pelos profissionais de saúde e pelo atenção que este recebe enquanto tratado como pessoa doente. (Ferreira, P. & Seco, O.,1993)

3.2 – O cuidar ao doente submetido a Angioplastia Transluminal Percutânea Coronária

“Ser cuidado.. cuidar de si próprio... cuidar... Quem , ao longo da sua vida, não conheceu cada um destes imperativos? Cuidar é, e será sempre, indispensável, não apenas à vida dos indivíduos mas à perenidade do todo o grupo social.” (Collière, M., 1999).

O cuidar é a competência fulcral da enfermagem, e em todas as áreas da saúde o cuidar está presente com o intuito de melhorar as capacidades do indivíduo doente ou saudável e promover a sua independência numa perspectiva holística. De acordo com Collière (1999) o campo de competência da enfermagem baseia-se, especialmente, nos cuidados ao doente para manutenção de vida. No entanto, não se deve descurar as capacidades do doente e o meio que o envolve de modo a adaptar os cuidados ao mesmo.

Segundo Virginia Henderson, citado por Adam (1994), a enfermagem tem como objectivo principal manter as actividades de vida do doente, promovendo a sua independência dentro das capacidades que o doente apresenta. Desta forma a qualidade está aliada aos cuidados de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem a doentes cardíacos não diferem das outras especialidades, a não ser nas diferentes técnicas, que são adaptadas consoante a dependência dos doentes nas suas actividades de vida diárias e os ensinamentos que devem ser direccionados para as necessidades de aprendizagem que cada doente apresenta.

O doente cardíaco submetido a cateterismo coronário deve ser vigiado atentamente, nomeadamente a nível do membro onde se efectuou a punção arterial, para despiste de hematoma, hemorragia, etc. O doente deve ter monitorização hemodinâmica, pois facilmente pode tornar-se num doente instável devido às diversas complicações inerentes a este procedimento (referidos no capítulo I). Cabe então ao enfermeiro a vigilância de todos estes parâmetros e a intervenção primária imediata e em tempo útil, seguido da comunicação ao médico presente. (Phipps, W., Cassemeyer, V., Sands, J & Lehman, M., 1996)

Desta forma, e de acordo com o protocolo do serviço estudado, o papel do enfermeiro para com o doente submetido a cateterismo cardíaco passa por:

- Receber e Preparar para a realização de técnicas invasivas utentes admitidos electivamente ou de forma emergente;
- Apresentar ao utente e pessoas significativas de que se faça acompanhar os profissionais que lhe prestarão cuidados assim como as instalações e sua funcionalidade;

- Prestar informação ao utente e pessoas significativas de que se faça acompanhar acerca do procedimento a que será submetido assim como da preparação e cuidados imediatos inerentes;
- Passar informação ao utente e família dos cuidados pós cateterismo e prescrições terapêuticas;
- Colaborar com a equipa interdisciplinar na realização da(s) técnica(s) proposta(s);
- Admitir, preparar o utente e colaborar com o médico na realização de procedimentos urgentes/emergentes (implantação de *pacemaker* provisório/drenagem pericárdica/cardioversão eléctrica);
- Vigiar/prevenir/identificar precocemente sinais de complicações;
- Zelar pela protecção/cumprimento dos direitos e deveres do utente;
- Assegurar acompanhamento e passagem de informação sobre o utente na transferência para o internamento.

O cuidados de enfermagem aos doentes coronários são responsáveis pela avaliação e gestão dos sintomas, utilizando as tecnologias para alcançar esses objectivos. Concomitantemente, os cuidados prestados têm como finalidade o desenvolvimento de uma relação terapêutica com os doentes e primeiramente debruçam-se sobre a promoção do bem estar físico e psicológico dos mesmos. (Phaneuf, M., 2005)

O desenvolvimento de uma relação terapêutica com o doente coronário, para além de melhorar o seu bem-estar físico, promovendo a independência nas actividades de vida diárias através dos incentivos criados pelo enfermeiro, normaliza e equilibra a vertente psicológica, melhorando a auto-estima do doente e facilitando a compreensão do seu estado de saúde. O facto de o enfermeiro criar este tipo de relação faz com que o doente lide de uma forma optimista e tranquila com a sua circunstância, levando-o a uma melhor compreensão das regras a cumprir para optimizar o seu estado e não voltar a cometer erros anteriores, que possam levar à degradação da sua situação. (Phaneuf, M., 2005)

O estudo realizado por Cabral e Silva (2010), concluiu que um dos investimentos que deve ser aplicado, na melhoria das taxas de adesão ao tratamento passa pelo aperfeiçoamento da comunicação dos profissionais de saúde e sua formação contínua, de forma a transmitir adequadamente a informação ao doente. Desta forma, todo o tipo de cuidados de enfermagem irão ser facilitados pelo desenvolvimento das cinco premissas da relação de ajuda: respeito, empatia, escuta, congruência, clarificação. (Lazure, H., 1994)

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril Artigo 4.º) a *“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de*

enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível...Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias...Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral.”(in Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Em suma, e novamente de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001), todo o cuidado prestado pelo enfermeiro visa a qualidade não só dos serviços de saúde, como também o bem estar biopsicossocial da pessoa tratada.

3.3 – Governança Clínica e Adesão Terapêutica

Na área da saúde, a gestão manifesta grande peso e com o evoluir dos tempos, os técnicos de saúde necessitam de saber gerir e melhorar os cuidados prestados aos cidadãos e tal como referem Frederico e Leitão (1999), os técnicos de saúde devem ser capazes de avaliar custos, recursos e fazerem escolhas assertivas, com o intuito de obter ganhos de eficiência, sem colocar em risco a qualidade e a acessibilidade dos cuidados.

A qualidade em saúde tem diversos significados e de acordo com Rocha (2006), esta pode ser:

- Adequação a um objectivo (Juran, 1986);
- Conformação com determinadas especificações (1972);
- Conformação com diversos requisitos (Crosby, 1984);
- Respostas às exigências e expectativas dos consumidores a um dado preço (Mollin, 1995).

A gestão adequada dos serviços de saúde prende-se desta forma ao desenvolvimento da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, através do desenvolvimento de objectivos bem definidos, adequados às situações específicas e aos utentes, de modo a promover a sua satisfação e a melhoria do seu estado de saúde. Tal como França (2006) defende, a qualidade emerge como um requisito inseparável do sistema de saúde num contexto de complexidade e multiplicidade de medidas

Muitos dos problemas detectados nos serviços de saúde passam pela má articulação dos elementos abordados pela governança clínica, a falta de recursos eficientes, de formação em serviço e principalmente de segurança para com o doente, levam a uma baixa na gestão da qualidade dos serviços de saúde.

Dunbar-Jacob e Schlenk (1996) fizeram um levantamento de vários estudos em que revelam que a não adesão à terapêutica é causadora de um elevado agravamento da mortalidade, morbilidade e consequentemente de hospitalizações recorrentes em situações de doença crónica.

Também os mesmos autores concluíram, noutro estudo, que cerca de 10% das admissões nos hospitais sejam devido à não adesão terapêutica por parte de doentes com mais de 50 anos de idades. (Schlenk, E., Dunbar-Jacob, J. & Engberg, S., 2004)

Neste sentido, a adesão à terapêutica é um problema cada vez mais frequente nos serviços de saúde. Lehane (2009), considera a não adesão à terapêutica um factor importante nos problemas da saúde pública, ou seja, para além de colocar em risco a saúde/vida do doente, aumenta as taxas de utilização dos serviços de saúde, causando paralelamente o aumento dos custos dos recursos necessários ao atendimento dos utentes.

Bugalho e Carneiro (2004), num estudo aprofundado sobre a adesão terapêutica referem que cerca de 65% das despesas em saúde são derivadas da não adesão terapêutica interferindo assim com a qualidade dos serviços prestados.

A qualidade dos serviços de saúde prestados é, desta forma, colocada em causa, uma vez que se os internamentos aumentam, os cuidados prestados e o acompanhamento ao doente tornam-se deficitários, necessitando de reflexão e mudança. (Bagchi, A., Esposito, D., Kim, M., Verdier, J. & Bencio, D., 2007)

Para Martin, Williams, Haskard, e DiMatteo (2005), a não adesão à terapêutica traduz-se não só numa ameaça generalizada à saúde e ao bem estar dos doentes, como também numa ameaça económica ao sistema de saúde.

O não cumprimento das prescrições médicas levam muitas vezes à repetição de exames, baixas laborais e repetição de diagnósticos, uma vez que não existem evoluções positivas na recuperação do doente. O que aumenta não é só a taxa de morbilidade e mortalidade, como também os custos de saúde para as instituições e para o doente. (Valquez, Rodriguez & Alvarez, 1997)

Todas estas ameaças levam a pôr em causa a boa interacção entre os elementos compositores da governança clínica. Uma pobre governança clínica tem um impacto negativo na saúde da população. (Klomp, J. & Haan, J., 2008)

Investigações recentes, mostram que existem muitos erros cometidos na melhoria continua da qualidade. A falta de recursos e o não cumprimento das normas impostas pelos Serviços

Nacionais de Saúde, são uns dos principais factores. Gask, Rogers, Campbell e Sheaff (2008), ao estudar os cuidados de saúde primários na saúde mental, concluiu que a falta de recursos levava ao não cumprimento das normas para prevenção primária desta patologia. Este autor refere que, ainda há necessidade de melhorar as medidas impostas pela Governança Clínica.

Um outro estudo, realizado por Dulvalko, Sherar e Sawka, (2009), sobre a implementação da governança clínica nos cuidados ao doente oncológico, refere que a qualidade dos serviços e cuidados de saúde melhoraram significativamente com a introdução destas novas normas, incluindo a assiduidade dos doentes ao tratamento, ou seja, houve um aumento da taxa de adesão ao tratamento.

Neste sentido, a introdução correcta, nos serviços de saúde e conseqüentemente nos cuidados ao doente, das normas instituídas pela governança clínica, pode levar a um aumento considerável da qualidade na saúde. (Morris, C. & Chen F., 2009)

Traduzindo estes resultados para o estudo em causa, pode-se deduzir que os custos de cada cateterismo cardíaco são cada vez mais elevados e com a realização de PTCA's por trombose intrastent os gastos tornam-se ainda maiores. Para além dos custos, a qualidade dos serviços prestados também se reflectem no número elevado de realização deste tratamento de último recurso. Quanto mais elevado for o número de casos, pior será a perspectiva de qualidade de saúde naquele serviço. Dever-se-à iniciar uma reflexão sobre a situação em causa de forma a contornar este problema, que tem-se instalado a cada ano que passa.

3.4- Plano Sócio-Organizacional

Como referido no ponto anterior, a necessidade da melhoria dos cuidados de saúde prestados pelos profissionais de saúde é constante. Relativamente ao tema em questão, a autora deparou-se com inúmeras barreiras em todo do ensino ao doente submetido a PTCA, o que se traduziu num número acentuado de trombozes intrastent.

Para colmatar este número acrescido de trombozes intrastent é necessário uma intervenção profissional estudada e preparada, junto dos doentes deste serviço. Surgiu assim a ideia de desenvolver uma consulta de *follow-up* de enfermagem a todos os doentes submetidos a PTCA.

Primeiramente, será necessário comunicar às entidades superiores o interesse da abertura da consulta e expor quais as vantagens que daí advêm. É crucial a apresentação de dados concretos e a justificação de que a intervenção profissional através de ensinamentos ao doentes melhora significativamente a qualidade de vida destes e conseqüentemente diminui os gastos hospitalares.

A escolha do local apropriado será o próximo passo. Dever-se-à atender ao facto da importância que a interacção entre os vários profissionais de saúde tem nestes casos, tornando desta forma importante que o gabinete escolhido seja juntos de outros profissionais de saúde: médicos, psicólogos e assistentes sociais. Partindo do pressuposto que já existe uma consulta médica diária de *follow-up* a doentes com PTCA, é de certa forma mais eficaz que a consulta de enfermagem seja em parceria com a médica. Desta forma, as restantes valências são concomitantemente importantes, na medida em que o enfermeiro deve encaminhar os doentes aquando detectados problemas sociais, que influenciam na não adesão à terapêutica.

Antecipando a abertura da consulta, todos os profissionais de saúde deverão ser submetidos a formação sobre os determinantes cognitivos dos doentes que influenciam a não adesão à terapêutica, de forma a aumentarem a sua perspicácia, melhorando assim a sua actuação. Um profissional de saúde com boa formação é de certa forma um profissional de saúde mais eficaz, eficiente e coerente na informação que passa ao doente. A qualidade nos serviços prestados passam efectivamente pela formação profissional (Starey, 2001), na qual a actuação perante o doente é enquadrada consoante a sua história de vida.

A formação dos profissionais de saúde irá compreender:

- Conhecer o indivíduo como um ser bio-psico-social;
- Aprender de forma uniforme a transmitir ao doente a situação em que este se encontra;
- Aprender a recolher os dados respeitando os determinantes cognitivos do doente;
- Conhecer os diferentes Modelos de Saúde que estudam os determinantes de adesão;
- Aprender a interagir com as diferentes classes profissionais (encaminhamento do doente).

Após a formação da equipa de enfermagem e a escolha e adequação do local iniciar-se-á o trabalho com os doentes. Deve-se confirmar os doentes marcados para a consulta médica e informa-los que irão frequentar também uma consulta de enfermagem no mesmo dia. Assim em parceria com o médico o enfermeiro dá início á sua actuação.

O enfermeiro nesta consulta deverá:

- Fazer colheita de dados ao doente;
- Explicar-lhe a sua situação clinica;
- Adaptar o ensino ao doente e sua historia de vida;
- Esclarecer dúvidas;
- Encaminhar o doente para as diversas valências em caso de necessidade.

Esta consulta deverá decorrer após a consulta médica, uma vez que o doente poderá desenvolver dúvidas aquando da conversa com o médico.

Espera-se que com a implementação deste projecto, a redução de trombozes intrastent por ano seja notória e que consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde aumente com a redução dos gastos extra.

Parte II – ESTUDO EMPIRICO

CAPITULO IV – Metodologia

A enfermagem, como disciplina do cuidar, deseja manter boas taxas de qualidade de saúde, e para tal deve actuar de acordo com dados confiáveis da actualidade. A problemática da adesão é cada vez mais actual e influente no cuidar dos doentes, o que leva à preocupação por parte das instituições hospitalares em relação a sua gestão e qualidade.

4.1 – Objectivos

O objectivo do presente estudo deriva das preocupações vividas no âmbito profissional e da motivação para o crescimento e realização pessoal e profissional da autora desta investigação.

Constitui o objectivo geral deste estudo: identificar determinantes de não adesão à terapêutica antiagregante plaquetária em doentes submetidos a angioplastia transluminal percutânea coronária assistidos num Hospital Geral do centro de Lisboa.

A partir do objectivo geral descrito, definem-se os seguintes objectivos específicos:

- Identificar as crenças dos doentes que aderem e dos doentes que não aderem à terapêutica nas dimensões do; severidade; vulnerabilidade; benefícios e custos; consequências; auto-competência; recursos de apoio; informação para o tratamento; relação com os profissionais de saúde
- Comparar as crenças de saúde dos doentes que aderem com os que não aderem à terapêutica, nas dimensões estudadas.

Pretende-se com esta investigação contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente submetido a PTCA e consequentemente, a longo prazo, diminuir as taxas de trombose intrastent.

4.2 – Tipo de estudo

O presente estudo defini-se como qualitativo com o foco na adesão terapêutica entendida como determinante da melhoria da gestão da qualidade dos serviços de saúde.

Defende-se que a identificação de determinantes de não adesão à terapêutica antiagregante plaquetária em doentes submetidos a PTCA, permite aos profissionais de saúde, nomeadamente, aos enfermeiros, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estes doentes promovendo a sua adesão..

“A investigação qualitativa é particularmente importante para o estudo das relações sociais, dada a pluralidade dos universos da vida” (in Flick, 2005, p. 2), tendo sido nesta base a escolha do tipo de estudo e concomitantemente derivado à problemática e à pequena amostra que se pretende estudar. De acordo com Fortin (1999), o estudo qualitativo tem como objectivo observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem tentar controlá-los.

O presente estudo é comparativo e transversal, porque se centra na identificação dos determinantes de não adesão terapêutica num determinado tempo específico, e compara os resultados dos dois grupos de doentes que constituíram as amostras.

Como estudo do tipo exploratório-descritivo, identifica e aprofunda o conhecimento acerca dos comportamentos dos doentes perante as prescrições terapêuticas, após PTCA. Analisa e descreve esses comportamentos de modo a fazer conclusões. Os estudos descritivos de acordo com Fortin (1999), são estudos que visam uma melhor obtenção de informação sobre as características da população e dos fenómenos adjacentes.

Sendo um estudo qualitativo, foi aplicado, apenas na caracterização socio-demográfica (*e.g.* idade, sexo, raça, escolaridade, etc.) da amostra, medidas quantitativas de estatística descritiva. Foi utilizado o programa de *Excel no Office 2003*, para calcular as médias e frequências.

4.3 – População e amostra

Constituiu a população do presente estudo todos os doentes que realizaram PTCA, no serviço de cardiologia de um Hospital Central de Lisboa, entre 2004 e 2008.

Foi realizada a selecção de duas amostras, correspondentes a dois grupos relativamente homogéneos mas com comportamento de adesão diferente, de forma a tornar possível a comparação referida nos objectivos específicos.

Começou para se constituir o primeiro grupo (grupo B – doentes que não aderem à terapêutica). Constituíram critérios de selecção deste primeiro grupo:

- Ser doente exclusivamente seguido no serviço de cardiologia do Hospital onde se realizou a presente investigação;

- Ter sido submetido a uma segunda angioplastia transluminal percutânea coronária por trombose *intra-stent* entre os anos de 2004 e 2008;

- Ser referido pelo médico assistente como doente que não adere ao tratamento e esse facto ser considerado pelo médico assistente como causa da recidiva de trombose;

- Ser doente que faltou a mais do que três consultas de consultas médicas de *follow-up* por razões que não doença:

- Não ter outras patologias graves associadas;

- Ter a capacidade cognitiva e de educação escolar que permita a participação no estudo

Em Maio de 2009 foram identificados 56 doentes que correspondiam a estes critérios. Destes doentes 30 tinham falecido a quando da tentativa de comunicação da autora deste estudo; 6 não demonstraram ter capacidade cognitiva para participar (trata-se de idosos acamados e com sinais de demência), e 3 não se encontravam a viver no país. Dos 17 indivíduos restantes foi possível acabar o processo de investigação em tempo útil com 12.

- A amostra B (doentes que não aderem) é assim constituída por 12 indivíduos que realizaram uma segunda PTCA, por trombose *intra-stent* devido a não adesão ao tratamento, entre 2004 e 2008, já faltaram a mais do que três consultas médicas de *follow-up* por razões que não doença, e são referidos pelo seu médico assistente como não aderindo ao tratamento.

Estando constituído este grupo definiram-se critérios para a definição do grupo A - doentes que aderem à terapêutica. Em termos demográficos como idade, sexo, escolaridade, ocupação profissional e estado civil e de dados clínicos como tempo do diagnóstico, pretendeu-se que este grupo fosse o mais homogéneo possível ao grupo B.

Constituíram outros critérios de selecção deste grupo:

- Ser doente exclusivamente seguido no serviço de cardiologia do Hospital onde se realizou a presente investigação;

- Não ter sido submetido a uma segunda angioplastia transluminal percutânea coronária por trombose intrastent

- Ser referido pelo médico assistente como doente que adere ao tratamento

- Ser doente que nunca faltou a consultas médicas de *follow-up*, a não ser por razões de doença:

- Não ter outras patologias graves associadas;

- Ter a capacidade cognitiva e de educação escolar que permita a participação no estudo.

- Amostra A: é constituída por 9 doentes que realizaram PTCA, entre 2004 e 2008, nunca faltaram a um consulta médica de *follow-up* mantêm os parâmetros clínicos esperados para quem segue a terapêutica recomendada e são referidos pela equipa médica como doentes que aderem ao tratamento;

Estes doentes foram contactados entre os meses de Outubro e Dezembro de 2009 nas consultas de *follow-up*, do hospital em estudo.

4.3.1 – Descrição das amostras

4.3.1.1 - Descrição da amostra A - Doentes que aderem ao tratamento

A amostra A é composta por 9 doentes, que correspondem aos critérios definidos como de “doentes que aderem ao tratamento” e que estiveram na consulta de cardiologia entre os meses de Setembro e Novembro de 2010..

Como se pode observar no gráfico 1 a média de idades é de os 54.8 anos e a raça predominante é a caucasiana, apenas 1 de raça negra. O sexo predominante é o masculino (7 homens e 2 mulheres).

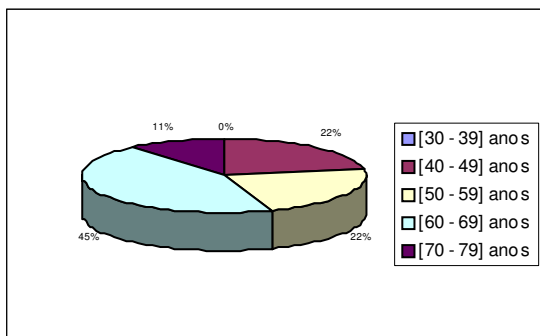


Gráfico 1: Idade dos doentes que aderem

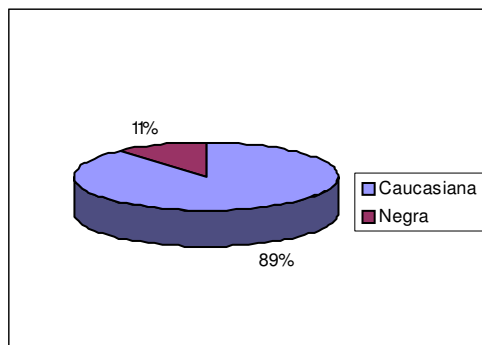


Gráfico 2 : Raça dos doentes que aderem

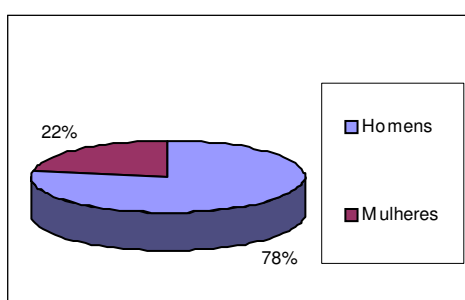


Gráfico 3: Sexo dos doentes que aderem

Quanto à escolaridade como se observa no gráfico 4, o grau de escolaridade com maior incidência é o intervalo < 9º ano. (n=7), 1 doente tem o 12º ano e 1 doente é licenciado.

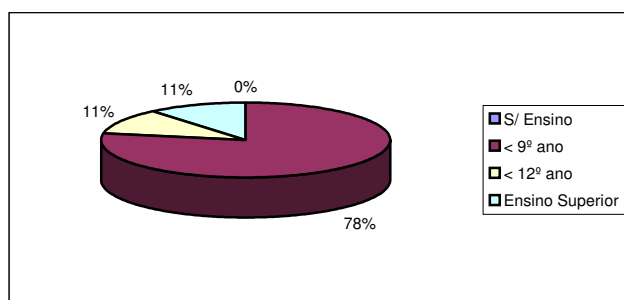


Gráfico 4: Escolaridade dos doentes que aderem

Em relação à profissão como se observa no gráfico 5, a maioria dos doentes (n=7) exerce a actividade técnico profissional, 1 dos doentes uma actividade liberal e 1 outro é domestica. 3 destes doentes encontram-se reformados.

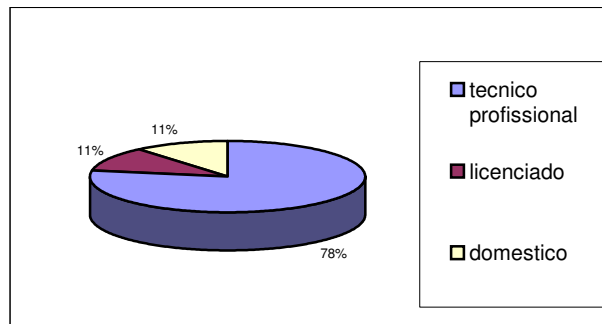


Gráfico 5: Profissão dos doentes que aderem

Quanto ao estado civil como se pode observar no gráfico 6, a maioria dos doentes (n=8) é casada, 1 é divorciado, mas tem um companheiro. A maioria dos doentes (n=6) vive só com os companheiros e 3 doentes referem viver com os companheiros e com os filhos.

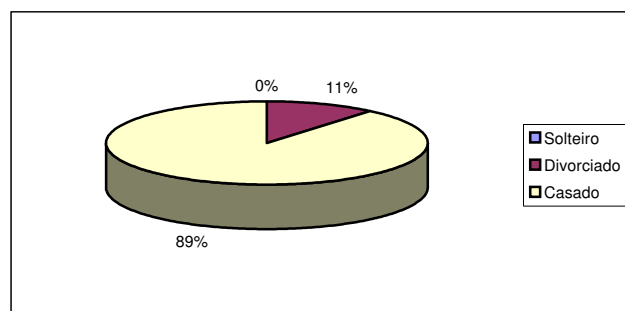


Gráfico 6: Estado Civil dos doentes que aderem

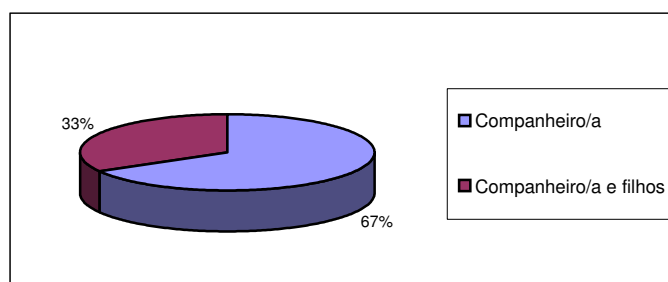


Gráfico 7: Com que habitam os doentes que aderem

Em relação ao número de filhos como se pode observar no gráfico 8, a grande maioria tem 2 filhos (n= 7). As idades dos filhos variam entre os 6 meses e os 41 anos de idade. 9 dos filhos são do sexo masculino e 6 do sexo feminino.

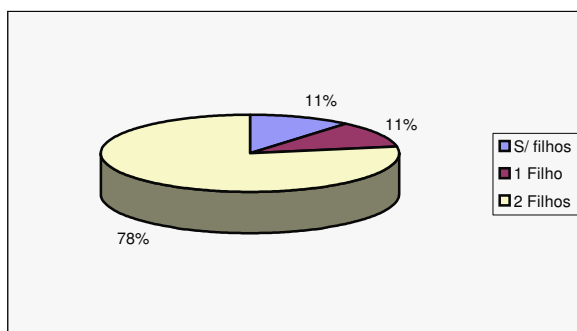


Gráfico 8: N.º de filhos dos doentes que aderem

4.3.1.2 - Descrição da amostra B - Doentes que não aderem ao tratamento

É uma amostra composta por 12 doentes, escolhida aleatoriamente, de uma amostra de 59 que realizaram PTCA por trombose intrastent entre 2004 e 2008.

Como se pode observar no gráfico 9 a média de idades é de os 59.4 anos e a raça predominante é a caucasiana, apenas 2 de raça negra. O sexo predominante é o masculino (n=12).

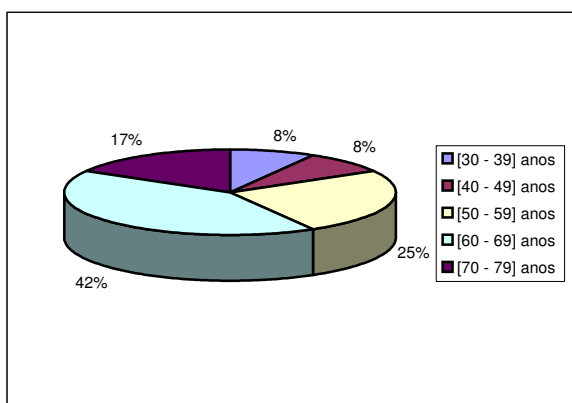


Gráfico 9: Idades dos doentes que não aderem

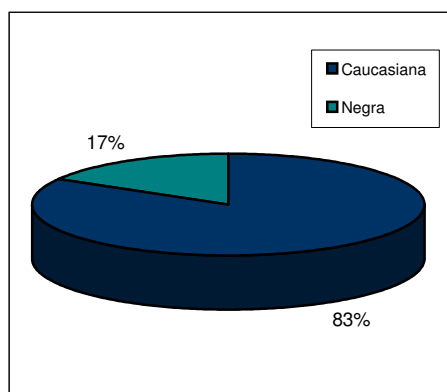


Gráfico 10: Raça dos doentes que não aderem

Quanto à escolaridade como se observa no gráfico 11, o grau de escolaridade com maior incidência é o intervalo < 9º ano. (n=8), 2 doente tem o 12º ano, 1 doente é licenciado.

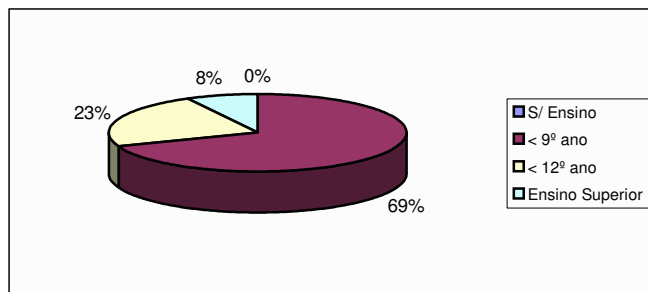


Gráfico 11: Escolaridade dos doentes que não aderem

Em relação à profissão como se observa no gráfico 12, a maioria dos doentes (n=5) exerce a actividade na construção civil, 3 são técnicos especializados, 2 comerciantes, 1 é motorista e outro é licenciado. 6 destes doentes encontram-se reformados.

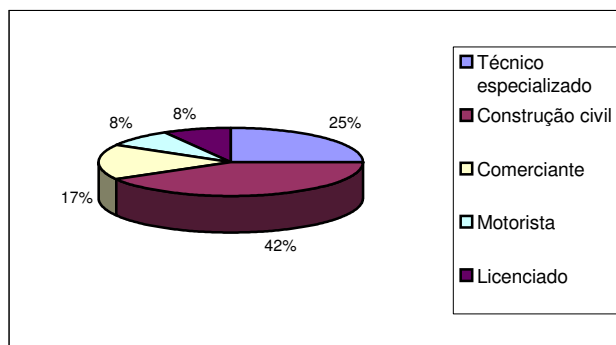


Gráfico 12: Profissão dos doentes que não aderem

Quanto ao estado civil, como se observa no gráfico 13 a maioria dos doentes (n=9) são casados, 1 é solteiro e 2 são divorciados, vivendo 1 sozinho, 1 com os pais, um num lar de terceira idade, 3 com apenas a companheira e a maioria (n= 6) com a companheira e filhos.

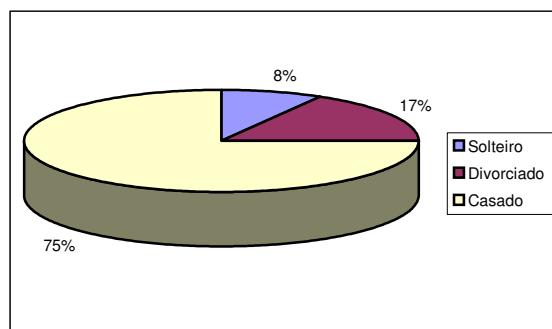


Gráfico 13: Estado civil dos doentes que não aderem

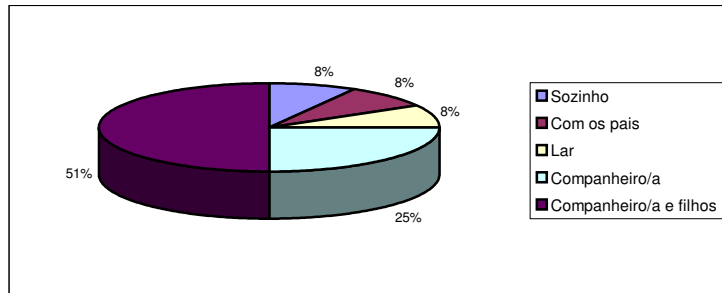


Gráfico 14: Com quem habitam os doentes que não aderem

Em relação ao número de filhos como se pode observar no gráfico 15, a grande maioria, (n=6) têm 2 filhos, apenas 1 não tem filhos, 2 têm 1 filho, 1 tem 3 filhos e 2 têm 4 filhos. As idades dos filhos compreendem-se entre os 10 anos e os 45 anos. 11 filhos são do sexo masculino e 13 do sexo feminino.

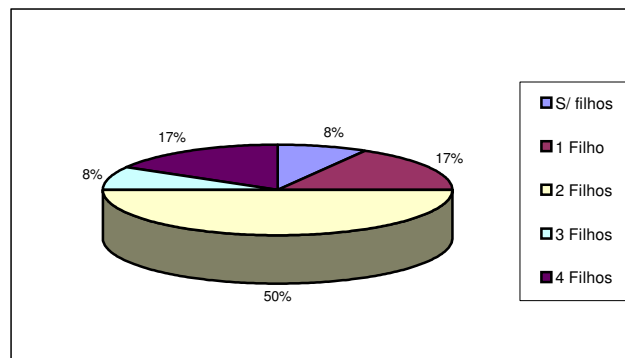


Gráfico 15: N.º de filhos dos doentes que não aderem

4.4 – Instrumento de recolha de dados

Seguindo a orientação metodológica de muitos dos estudos qualitativos, nesta investigação foi utilizada a entrevista semi-estruturada como forma de instrumentos de recolha de dados

A entrevista semi-estruturada permite ao investigador conduzir a entrevista, com o pormenor de também dar liberdade ao doente, para que este exprima livremente os seus determinantes cognitivos, orientando o curso do diálogo para os aspectos . (Polit, D. & Hungler, B., 1995) É considerada uma metodologia facilitadora do discurso do sujeito, promovendo a identificação de significações não espartilhadas por questionários ou medidas de avaliação menos flexíveis ou previamente estruturadas. Por esta razão, é considerada a metodologia de preferência para as intervenções qualitativas nas diversas áreas da saúde. (Brocky & Wearden, 2006; Katz & Mishler, 2003).

A estrutura da entrevista semi-estruturada utilizada comporta os temas e dimensões relacionados com os objectivos e/ou com as questões de investigação. As questões apresentadas inicialmente são abertas e orientadas para o tema em estudo. A partir das primeiras questões, colocadas ao entrevistado procura-se desenvolver o discurso do entrevistado permitindo a sua livre expressão, mas orientando a sua atenção para aspectos específicos da sua experiência (*e.g.* dados sobre a situação clínica do passado ou presente, preocupações ou recursos). Desta forma, pode-se afirmar que o investigador sabe onde começa a entrevista, no entanto não percebe *à priori* onde é que ela vai terminar, nem que curso é que irá levar até chegar à meta final.

A entrevista aplicada neste estudo foi realizada de acordo com o Modelo de Crenças de Saúde. O Modelo de Crenças de Saúde tem vindo ao longo dos tempos a ser utilizado como medida para identificar determinantes de adesão terapêutica em grupos de risco, como por exemplo em doentes crónicos.

Para a realização deste estudo, foi necessária a adaptação da entrevista semi-estruturada aos dois grupos (amostra A e amostra B). Deste modo manteve-se toda a estrutura e as questões de partida adaptando-se apenas o discurso (Apêndice 3 e 4).

A entrevista semi-estruturada que foi dividida em quatro partes:

- A primeira parte comporta questões relativas aos dados socio-demográficos do doente (*e.g.* idade, profissão, estado civil, etc);
- A segunda parte é constituída por questões relativas ao conhecimento que os doentes têm acerca dos dados clínicos e situação actual da doença; e

terapêutica do doente. (*e.g.* data do primeiro cateterismo, medicação actual, dificuldade na toma da medicação);

- A terceira parte comporta as dimensões do Modelo de Crenças de Saúde, sendo o doentes convidado a reflectir sobre os seus determinantes cognitivos em relação às prescrições médicas, situação de doença e envolvimento familiar e social;
- No fim da entrevista ainda são realizadas duas perguntas abertas sobre outras possíveis causas do seu comportamento (de adesão ou não adesão); e sobre possíveis ajudas para a promoção da adesão.

4.5 – Procedimento

Como já foi referido este estudo foi realizado num Hospital Central de Lisboa, onde se realizam diariamente Cateterismos Cardíacos e consultas de Follow-up ao doentes com PTCA's.

Iniciou-se o estudo pela escolha das amostras. Para isso foi pedido à equipa médica do sector de Hemodinâmica do serviço de cardiologia onde foi realizado o estudo, que facultasse os dados necessários para a constituição da referida amostra, segundo os critérios apresentados na pág. 37 em relação aos doentes que realizaram PTCA entre os na os de 2004 e 2008. Constitui-se primeiro a amostra B e em seguida a amostra A

Posteriormente, foi realizado o pedido de autorização (Apêndice 1), à Comissão de Ética do Hospital onde se realizou o estudo, que após um mês deu o seu parecer de aprovação.

Os doentes pertencentes à amostra B, foram os primeiros a serem contactados via telefónica para se dirigirem ao hospital, ou em caso de impossibilidade dos mesmos, a autora dirigiu-se ao domicílio, para a recolha de dados, entre os meses de Julho e Setembro de 2009. Dois dos participantes tiveram preferência por a entrevista ser realizada no seu domicílio, enquanto que os restantes dirigiram-se ao hospital, ao serviço de cardiologia, para colaborarem no estudo qualitativo.

Os doentes pertencentes à amostra A, foram contactados via telefónica, com o intuito de lhes pedir autorização, para que na sua próxima consulta de follow-up, fosse possível realizar a entrevista, pela autora. Estas entrevistas foram realizadas entre os meses de Outubro e Dezembro de 2009.

Antecedendo qualquer entrevista, foi entregue ao doente o respectivo consentimento informado (Apêndice 2), para a sua autorização, de modo a se poder proceder à recolha dos dados,

através de gravação áudio. Todas as entrevistas foram transcritas posteriormente, ao longo dos meses de recolha de dados e ainda durante o mês de Janeiro de 2010 de Janeiro, para uma melhor análise de conteúdo das mesmas. Para facilitar a análise de dados, cada entrevista foi codificada: Doentes que aderem à terapêutica antiagregante plaquetária, ou amostra A: A1; A2; A3; A4; A5; A6; A7; A8; A9; Doente que não aderem à terapêutica antiagregante plaquetária, ou amostra B: N1; N2; N3; N4; N5; N5; N7; N8; N9; N10; N11; N12.

4.6 – Análise de dados

Como já foi anteriormente referido, utilizou-se neste estudo a análise de conteúdo. No entanto para realizar o tratamento de dado demográfico utilizou-se uma análise estatística descritiva.

4.6.1 – Análise de conteúdo

A análise de dados, numa investigação qualitativa, visa a exploração das experiências vividas pelos doentes, em relação a determinada situação. Após a exploração e análise das experiências recolhidas, estas são organizadas em categorias de modo a clarificar e tornar mais perceptível o seu significado face a um determinado fenómeno.

Nesta investigação foi utilizada a análise de conteúdo de orientação fenomenológica para estudar as verbalizações dos doentes face à problemática da adesão terapêutica e seu estado clínico actual.

Segundo Santos (2010) a análise de conteúdo é dividida em quatro fases, que passam a ser descritas no próximo parágrafo, pois foram utilizadas nesta investigação.

Fase 1: Fase preliminar à análise

Esta primeira fase tem como objectivo a organização dos dados, caso por caso, permitindo a realização de uma leitura mais precisa das experiências, de cada doente, face ao fenómeno que se pretende estudar.

Para iniciar esta fase, foi necessária a audição atenta de cada entrevista gravada, em áudio, e posteriormente a sua transcrição, pormenorizada. Após a leitura atenta de cada caso, foi necessário a exclusão de conversas paralelas, ou que não obedeciam aos objectivos da investigação.

Fase 2: Identificação e organização das unidades de investigação ou temas em análise

Esta fase tem como objectivo desintegrar os textos realizados, aquando da transcrição das entrevistas, ou seja, são evidenciadas as verbalizações de cada caso, que contenham conteúdo importantes para dar resposta ao que se está a investigar. Desta forma, inicia-se um processo de organização das verbalizações por temas ou dimensões de análise.

No presente estudo a organização das verbalizações cumpriu a ordem das questões realizadas aos doentes, que já foram apresentadas anteriormente. Estas questões e dimensões foram desta forma organizadas em grelhas (Apêndices 5 e 6) de modo a organizar os textos, e posteriormente facilitar a análise seguinte. Estas grelhas contêm as verbalizações dos doentes, face às questões colocadas, de modo ordenado e conciso.

Fase 3: Análise de conteúdo e redefinição dos temas

Nesta fase foi importante a análise de conteúdo das verbalizações de cada doente, em cada dimensão ou tema apresentado. Esta fase exigiu a leitura atenta das verbalizações e análise de conteúdo, de forma a identificar as experiências de cada doente, face a cada dimensão apresentada. A análise de conteúdo foi realizada em cada grelha, de forma concisa e utilizando linguagem simples, de modo a facilitar o processo de análise.

A realização desta análise foi feita pela autora e confirmada por um especialista desta área, com quem foram também discutidas a inclusão das verbalizações e das significações, para cada uma das dimensões utilizadas.

Fase 4: Síntese do conjunto das unidades de investigação (significação).

Nesta fase prende-se a síntese dos resultados obtidos que permite dar respostas às questões e objectivos da investigação. Assim, esta fase é composta por uma síntese descritivas das diferentes experiências obtidas em relação ao fenómeno em estudo. Foram colocadas em grelhas toda a informação obtida organizada da seguinte forma: 1.ª coluna – dimensão e questão; 2.ª coluna – resposta do doente; 3.ª coluna – análise de conteúdo.

4.6.2 – Procedimentos da análise estatística

Apesar da investigação em causa, ser um estudo qualitativo, foi considerado útil a análise estatística dos dados demográficos e das frequências relativas às respostas obtidas pela entrevista semi-estruturada. Foi utilizado o programa de *Excel* no *Office* 2003, para calcular as médias e frequências.

Capítulo V – Apresentação e análise dos resultados

Apresentam-se e analisam-se em seguida os resultados do estudo. Para cada uma das amostras serão inicialmente apresentados os resultados relativos ao conhecimento que os indivíduos têm do seu estado clínico; percepção individual da assiduidade às consultas; e lembrança da última consulta. Depois, o conhecimento das recomendações actuais do tratamento e percepção global de adesão. Seguidamente são apresentados os resultados da entrevista semi-estruturada que integra as dimensões do Modelo de Crenças de Saúde. Por último são apresentados os dados relativos à análise de conteúdo das duas questões abertas. A apresentação e análise dos resultados relativos à comparação entre as amostras fecha este capítulo.

5.1 - Resultados relativos ao conhecimento médico acerca do seu estado clínico e das consultas efectuadas

5.1.1. - Amostra A: Doentes que aderem:

Em relação ao conhecimento médico que os doentes têm acerca da sua situação clínica, como se pode observar no quadro 1 e em Apêndice 5 a maioria (n=6) lembra a data do seu primeiro cateterismo; a maioria (n=5) não descreve correctamente as recomendações terapêuticas que constam na sua ficha clínica; a totalidade refere vir de forma regular à consulta; a totalidade refere correctamente a data da última consulta.

DADOS CLÍNICOS			
Dimensão	Respostas	Fr	Exemplos
Data do primeiro cateterismo	Lembra	6	<ul style="list-style-type: none"> A8 - "Foi em 2008"
	Não lembra	3	<ul style="list-style-type: none"> A3 - "Não me lembro"
<u>Recomendações terapêuticas</u>	Descreve correctamente	4	<ul style="list-style-type: none"> A1 - "Tinha de tomar sempre a medicação, mas que após mais ou menos dois anos iria deixar de tomar a medicação, mas só com indicação médica, e eu tomo todos, todos os dias a aspirina e o plavix."
	Tem dificuldade em descrever correctamente	5	<ul style="list-style-type: none"> A6 - "Não lembro de quase nada"
<u>Assiduidade das consultas</u>	Não vem às consultas	0	
	Vem de forma regular às consultas	9	<ul style="list-style-type: none"> A1 "Agora são mais ou menos de 5/6 meses de intervalo, mas no início era de 3/3 meses" A4 - "De 6 em 6 meses"
<u>Data da última consulta</u>	Não lembra	0	
	Lembra	9	<ul style="list-style-type: none"> A2 - "Foi em Dezembro de 2009"

Quadro 1: Dados Clínicos dos Doentes que Aderem

5.1.2. - Amostra B – Doentes que não aderem:

Em relação à data do primeiro cateterismo, 6 doentes lembram-se da data e outros 6 não se lembram. Os 12 doentes têm dificuldades em descrever correctamente as recomendações terapêuticas que lhes foram facultadas na altura da realização do primeiro cateterismo. 7 lembram-se da data do segundo cateterismo e seguintes, e 5 não se lembram. Quanto à assiduidade das consultas 6 dos 12 doentes não comparecem às consultas de follow-up, 2 vêm irregularmente às consultas e apenas 4 comparecem regularmente. Desta forma, 7 lembram-se da data da última consulta e 5 não se lembram.

DADOS CLÍNICOS			
Dimensão	Respostas	Fr	Exemplos
Data do primeiro cateterismo	Lembra	6	<ul style="list-style-type: none"> N3: "Dia 8 de Dezembro de 2008"; N11: "Em dezembro de 2002"
	Não lembra	6	<ul style="list-style-type: none"> N2: "Bem, não quero estar a mentir mas devia ter 42 anos, para aí. Agora tenho 53. O primeiro foi no final de Outubro"; N10: "Sim já foi, e a minha memória..."
<u>Recomendações terapêuticas</u>	Descreve correctamente	0	<ul style="list-style-type: none"> N1: "Já foi há tanto tempo, mas lembro-me de algumas, por exemplo de me dizerem para deixar de fumar e para ter cuidado com a alimentação, fazer uma dieta rigorosa." "Lembro-me que havia um comprimido que tinha de tomar sempre." "Não, já não me lembro. Eu deixei de os tomar." N6: "Não me lembro, tenho uma vaga ideia. O primeiro cateterismo disseram-me para ter cuidado com a alimentação, que é a base principal."; "A medicação na altura foi o plavix e a aspirina.(...) Tomar de manhã."
	Tem dificuldade em descrever correctamente	12	
<u>Datas dos seguintes episódios</u>	Lembra	7	<ul style="list-style-type: none"> N8: "Depois em Dezembro de 2006. Acho que foi a 12 de Dezembro." N9: "Foi a 20 e qualquer coisa de Dezembro. 22, para aí.(...) Sim de 2007..."
	Não lembra	5	<ul style="list-style-type: none"> N2: "Eu não queria mentir, mas penso que foi um ano depois."; "segundo foi um ano e pouco depois, porque foi em Fevereiro. Eu sou internado em Fevereiro e tenho alta em Março, se não estou em erro, e o terceiro é em Abril ou Maio."
<u>Assiduidade das consultas</u>	Não vem às consultas	6	<ul style="list-style-type: none"> N1 - "Eu não venho a consultas nenhuma..."

	Vem de forma irregular Às consultas	2	<ul style="list-style-type: none"> N9: “Estou com falta a uma...”
	Vem de forma regular às consultas	4	<ul style="list-style-type: none"> N11 - “De 3 em 3 meses ou de 6 em 6 meses”
<u>Data da última consulta</u>	Não lembra	5	<ul style="list-style-type: none"> N9: “Não me lembro, foi há uma ano.”
	Lembra	7	<ul style="list-style-type: none"> N1: “A última foi quando vim fazer a prova de esforço, um mês a seguir a ter alta”

Quadro 2: Dados Clínicos dos Doentes que não Aderem

5.2 - Resultados relativos ao conhecimento das recomendações actuais do tratamento e percepção global de adesão

5.2.1 - Amostra A – Doentes que aderem:

Em relação ao conhecimento dos doentes sobre as recomendações do tratamento e sobre a percepção global de adesão como se pode observar na quadro 3 e em Apêndice 5 a maioria (n= 7) tem conhecimento correcto das recomendações médicas; a totalidade tem conhecimento correcto do regime terapêutico; e na escala subjectiva com intervalos de 0 a 10, apenas 2 avaliam ter pouca dificuldade na toma dos medicamentos (intervalo <5); a maioria dos doentes (n=8) considera fácil seguir o tratamento.

TRATAMENTO E AVALIAÇÃO SUBJECTIVA DA ADESÃO AO TRATAMENTO			
Dimensão	Respostas	FRQ	Exemplos
Conhecimento da medicação actual	Tem conhecimento	7	<ul style="list-style-type: none"> A7: "Faço o plavix e a aspirina, o zyloric, concor, conversil e o letter."
	Tem pouco conhecimento	2	<ul style="list-style-type: none"> A3: "Faço a aspirina e os para a tensão"
	Não tem conhecimento	0	
Conhecimento do regime terapêutico	Tem conhecimento	9	<ul style="list-style-type: none"> A3: "Todos os dias uma aspirina ao almoço e tomei sempre o plavix até a médica mandar parar." A9: "O médico disse-me para tomar uma aspirina por dia e um plavix por dia também"
	Tem pouco conhecimento	0	
	Não tem conhecimento	0	
Alterações do regime terapêutico	Sofreu alterações	4	<ul style="list-style-type: none"> A2 "O médico parou-me a aspirina"
	Não sofreu alterações	5	<ul style="list-style-type: none"> A6: "Não tenho tido alterações"
Avaliação subjectiva do grau de dificuldade na toma dos medicamentos	Intervalo <5	9	<ul style="list-style-type: none"> A6: "Não me custa nada!" A7: "Não me esqueço, é rotina."
	Intervalo >5	0	
Avaliação subjectiva do grau de adesão	É difícil seguir sempre e (na maioria dos dias)	0	

	Não é muito difícil seguir sempre ainda que às vezes seja um pouco complicado	1	<ul style="list-style-type: none"> A2: “Não é muito difícil seguir sempre, mas por vezes tomar-se complicado, tenho é a minha mulher que nunca se esquece e me ajuda.”
	É fácil seguir sempre	8	<ul style="list-style-type: none"> A4: “É fácil porque eu tenho duas caixinha onde separo a medicação e tenho tudo, não me esqueço, sou metódico.”

Quadro 3: Tratamento e avaliação subjectiva da adesão ao tratamento nos doentes que aderem

5.2.2. Amostra B – Doentes que não aderem:

O quadro 4, e mais pormenorizado no Apêndice 6, é referente aos dados sobre o tratamento prescrito após a realização do cateterismo nos doentes não aderentes, recolhidos durante a entrevista.

TRATAMENTO E AVALIAÇÃO SUBJECTIVA DA ADESÃO AO TRATAMENTO			
Dimensão	Respostas	Fr	Exemplos
Conhecimento da medicação actual	Tem conhecimento	6	<ul style="list-style-type: none"> N12: “... Faço a aspirina, o plavix, a sinvastatina, o carvedilol e o captopril.”
	Tem pouco conhecimento	3	<ul style="list-style-type: none"> N5: “Plavix, conversil, aspirina e um outro que não sei o nome.”
	Não tem conhecimento	1	<ul style="list-style-type: none"> N3: “Bem, mas isso foi mais com a minha mulher, que é ela que tem conhecimento dessas coisas. Há um que é para tomar sempre de manhã.”;
	Não faz medicação	2	<ul style="list-style-type: none"> N1: “Não, não faço nada...”
Conhecimento do	Tem conhecimento	0	

regime terapêutico	Tem pouco conhecimento	10	<ul style="list-style-type: none"> N6: "Para tomar de manhã, todos os dias." N5: "Que não podia deixar de tomar, porque depois tem consequências"
	Não tem conhecimento	2	<ul style="list-style-type: none"> N4: "Não, não explicaram"
<u>Alterações do regime terapêutico</u>	Sofreu alterações	3	<ul style="list-style-type: none"> N7: "Há dias fui ao médico, ao posto, ao médico de família e ele retirou-me um comprimido, que é cor-de-rosa, que me esqueci o nome..."
	Não sofreu alterações	6	<ul style="list-style-type: none"> N4: "Não, não. Tem sido sempre a mesma. A única coisa que me disseram é que se ele tiver muito sono para diminuir o para dormir." N11: "Tenho tomado sempre a mesma coisa desde o enfarte."
	Foi o próprio que alterou	3	<ul style="list-style-type: none"> N1: "Sim, sim, deixei, nem me lembro desses medicamentos".
<u>Avaliação subjectiva do grau de dificuldade na toma dos medicamentos</u>	Intervalo <5	7	<ul style="list-style-type: none"> N3: "Não, nada." N10: "Não me custa nada!"
	Intervalo >5	5	<ul style="list-style-type: none"> N4: "Um pouco mais, 7". N5: "Não me custa nada, a não ser o problema que eu tenho que é da respiração e às vezes fico na dúvida..."
<u>Avaliação subjectiva do grau de adesão</u>	É difícil seguir sempre e (na maioria dos dias)	4	<ul style="list-style-type: none"> N2: "É fácil seguir sempre, mentalmente é que é difícil, ora tomar os comprimidos de manhã, à tarde e à noite. É assim, se pudesse não tomava nenhum."

	Não é muito difícil seguir sempre ainda que às vezes seja um pouco complicado	4	<ul style="list-style-type: none">• N6: “Não, não é difícil.(...) Sim, quando vou de fim de semana para fora, não os levo. Ah, vou para uma festa, não os levo, hoje não os tomo, mas normalmente faço isso.”
	É fácil seguir sempre	4	<ul style="list-style-type: none">• N11: “É fácil seguir sempre”

Quadro 4: Tratamento e avaliação subjectiva da adesão ao tratamento nos doentes que não aderem

6 dos doentes têm conhecimento da medicação actual, 3 têm pouco conhecimento, 1 não tem conhecimento e 2 não fazem medicação. 10 dos doentes referem ter pouco conhecimento do regime terapêutico e 2 não têm qualquer conhecimento. 2 dos doentes referem ter sofrido alterações no seu regime terapêutico no último ano, 6 não sofreram qualquer tipo de alteração e 2 foram os próprios a alterar a prescrição.

Na avaliação subjectiva do grau de dificuldade na toma dos medicamentos 7 respondem que não sentem dificuldades (intervalo <5) e 5 respondem que têm alguma dificuldade (intervalo >5). Na avaliação subjectiva do grau de adesão 4 doentes referem ser fácil seguir sempre o tratamento, 4 referem não ser muito difícil, embora por vezes seja complicado e outros 4 referem ser difícil seguir sempre o tratamento.

5.3 - Resultados da entrevista semi-estruturada relativa às Dimensões do Modelo de Crenças de Saúde

Apresentam-se em seguida os resultados das entrevistas semi-estruturadas que, como descrito no capítulo IV, teve como temas centrais as dimensões do Modelo de Crenças de Saúde nomeadamente: Vulnerabilidade/Susceptibilidade percebida, Severidade percebida, Benefícios/Custos do tratamento, Consequências /Pistas de acção, Auto-eficácia e Recursos de apoio.

Nos quadros de apresentação dos resultados na primeira coluna são referidas as dimensões, na segunda as questões de orientação, na terceira a orientação da resposta e respectiva frequência de respostas e na quarta as categorias resultantes da análise de conteúdo. A totalidade das verbalizações dos participantes encontra-se em Apêndices (5 e 6).

5.3.1 - Resultados da amostra A – Doentes que aderem:

5.3.1.2 - Dimensão Severidade

Como se pode observar na quadro 5 a grande maioria dos indivíduos (n=7) refere que a sua doença/situação clínica é severa; apenas num caso foi respondido que a doença é severa mas menos severa que outras e num outro caso verificou-se recusa de resposta.

A severidade da doença foi associada a: possibilidade de morte (A1 - *“É uma coisa bem complicada! Eu não sei bem o que é, mas acho que é complicado. Podemos morrer. (...) Não, isso nunca penso.”*), possibilidade de perda de funcionalidade (Ex.: A5 - *“Acho que é grave. (...) Antes não pensava, não é que agora pense muito mais, mas é diferente. Não gostaria de ficar aleijado, morrer ainda é o menos mas incapacitado, não”*) e possibilidade de recidivas do enfarte do miocárdio (Ex.: A3 - *“É uma doença má, que não é boa, que requer uns certos cuidados e se a pessoa se prevenir evita o enfarte.(...) Penso, talvez derivado à idade, já”*). A severidade foi ainda atribuída ao carácter súbito (imprevisível) da situação clínica (Ex.: A7 - *“Acho que é grave, porque muitas das pessoas não têm hábito de ir ao médico e aquilo é repentino (...) mas não penso muitas vezes, não ligo a essas coisas”*).

Ainda nesta dimensão os participantes referem algumas estratégias utilizadas para lidar com as suas crenças de severidade. Foram enunciadas estratégias de controlo do pensamento; de relativização da situação (i.e. diminuição do seu impacto negativo); e de resolução de problemas pela prevenção da situação (Ex.:A8 - *“Tenho muito medo (...) não penso nisso, sei o que é, mas é talvez uma forma de me sentir mais descansado. Por isso é que também faço a medicação como deve de ser”*).

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
SEVERIDADE DA DOENÇA	O que pensa sobre o enfarte do miocárdio? Acha que é uma doença muito grave? Porquê? Pensa nisso muitas vezes? Porquê?	Severa / n=7	Severidade associada à possibilidade de morte Severidade associada a possibilidade de perda de funcionalidade Severidade associada à possibilidade de recidivas Severidade por ser súbita (sem controlo)
		Severa, mas menos severa que outras / n=1	Outras mais severas porque envolvem perda de funcionalidade cerebral
		Não responde / n=1	

Quadro 5: Severidade da doença – doentes que aderem

5.3.1.2 - Dimensão Vulnerabilidade

Em relação à Vulnerabilidade como se pode observar no quadro 6, 4 indivíduos referem considerar-se vulneráveis; 2 indivíduos referem não se consideram neste momento vulneráveis porque seguem o tratamento; 2 não se consideram vulneráveis e apenas 1 recusou responder. As razões apresentadas para a percepção individual de vulnerabilidade dizem respeito a: adopção de um estilo de vida que considera de risco (Ex.: A1 - *Não sei. (...) Faço uma coisa que não devia fazer, fumo*); estados de humor que podem potencializar uma crise de saúde (*Não estou livre de me acontecer, basta uma pessoa se enervar*); existência de problemas físicos associados (Ex.: A3 - *Acho eu sim, como tenho a diabetes, também, é mais um factor*); e factores genéticos (A9 - *Eu acho que sim (...) porque tenho muita gente de família que morreu com problemas de coração*).

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
VULNERABILIDADE PESSOAL	Acha que correrá o risco de ter novo enfarte? Acha que lhe pode acontecer isso a si? Porquê? O que pensa sobre isto?	Vulnerável / n=4	Associada a estilos de vida Associada a estados de humor Associada a outros problemas físicos Associada a factores genéticos
		Não vulnerável / n=2	
		Não vulnerável porque está a prevenir / n=2	Associada à toma da medicação
		Não responde / n=1	

Quadro 6: Vulnerabilidade pessoal - doentes que aderem

5.3.1.3. - Dimensão Benefício/Custos do tratamento

Em relação à avaliação dos Benefício/Custos do tratamento (Quadro 7), a maioria dos indivíduos (n=6) refere considerar que o tratamento é eficaz (Ex.: A2 - “*Eu acho que sim, é importante a medicação*”), apenas um número reduzido (n= 1) considera o tratamento relativamente eficaz (Ex.: A3 - “*Não sei se resolve alguma coisa, mas sinto-me bem*.”) ou até mesmo não eficaz (n=2), (Ex.: A6 - “*Eu não noto nada, só sei que chego lá a baixo à rua e já estou a arfar*.”) . As razões invocadas para a avaliação da eficácia prendem-se com a melhoria sentida (Ex.: ausência de sintomas); e com a informação que foi transmitida pelo médico assistente .Os indivíduos que referem considerar o tratamento como não eficaz basearam a sua avaliação na persistência dos sintomas. Um dos indivíduos refere ainda considerar o tratamento não eficaz porque, devido à idade, em termos fisiológicos o seu corpo já não responde ao tratamento como esperado.

Quando questionados sobre outras possibilidades de tratamento que poderiam ser mais eficazes a maioria (n=7), considera que não existe outro tratamento mais eficaz não só porque este traz melhorias mas também porque o tratamento foi recomendado pelos especialistas (Ex.: A4 - “*Não havia outra maneira, aliás já ficou muito bem tratado*”).

Quanto aos efeitos do tratamento a maioria dos indivíduos (n=5) considera que o tratamento não provoca qualquer tipo de efeito (Ex.: A6 - “*Como lhe disse não sinto nada, pelo contrário sinto-me cansada na mesma*”), no entanto alguns (n= 4) consideram que estes são positivo tendo tido algumas melhorias (Ex.: A2 - “*Sinto-me bem, estou bem.*”). Considera-se que a totalidade considera que o tratamento tem efeitos positivos. Os efeitos positivos referidos dizem respeito a: aumento de bem-estar, aumento da funcionalidade e a prevenção de novas complicações clínicas . Os efeitos negativos são referidos como transitórios e associados a nódoas negras e sangramento fácil (A8 - “*Só notei duas coisas. Foi a parar o sangue e a sarar as feridas*”).

Em relação ao custos do tratamento a maioria dos indivíduos (n=6) refere a existência de custos associados essencialmente a aspectos financeiros relacionados com o preço dos medicamentos (Ex.: A1 - “*São caros, os medicamentos são caros*”) e com as deslocações para idas ao médico. Um número pouco expressivo apontou ainda como custos as exigências de alteração de hábitos alimentares (Ex.:A4 - “*Sim, claro. Tenho de tomar mais cuidado. Alterou na bebida, na comida...*”).

Ainda nesta dimensão a maioria dos participantes da amostra (n=9) refere considerar não ter problemas de acessibilidade quer aos medicamentos quer à equipa de saúde(Ex.: A2 - “*Não, não é o meu caso, tenho sempre acesso*”).

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
BENEFÍCIOS DO TRATAMENTO	EFICÁCIA DO TRATAMENTO O que é que acha sobre a possibilidade do tratamento resolver o seu problema? Porque é que acha isso?	Não eficaz / n=2	Avaliação feita pela persistência dos sintomas Devido a factores inerentes ao indivíduo e que este não pode controlar (ex.:idade)
		Relativamente eficaz / n=1	Avaliação feita pelas aumento de bem-estar mas com algumas dúvidas quanto à atribuição causal dessas melhoras
		Eficaz / n=6	Avaliação feita pela ausência de sintomas Avaliação feita tendo em conta a opinião dos especialistas
	Acha que haveria outra maneira mais eficaz de resolver o problema? Qual?	Não há / n=7	O tratamento é considerado adequado porque foi recomendado pelo especialista O tratamento é considerado adequado porque traz melhoras

		Não responde / n=1	
		Cirurgia / n=1	
	EFEITOS POSITIVOS DO TRATAMENTO	Não tem / n=5	Não sentem melhorias efectivas
	No dia a dia fazer o tratamento fá-lo sentir-se melhor ou não sente grandes melhoras?	Com melhorias / n=4	Efeitos positivos relacionados com aumento do bem-estar Efeitos positivos relacionados com maior actividade Efeitos positivos relacionados com a prevenção de recaídas
CUSTOS DO TRATAMENTO	1 – ASPECTOS FINANCEIROS O custo dos medicamentos poderá ser uma das razões? Porquê? Acha que os medicamentos são caros?	Existência de custos / n=6	Associados ao custo do medicamento Associados ao custo das deslocações
		Existência de custos relativos /n=3	Custo relativizado
	2 - EFEITOS SEGUNDÁRIOS Acha que pode ser porque o tratamento é desconfortável? O que pensa sobre isso (os efeitos dos tratamento)	Existência transitória/ n=2	Associada a nódoas negras e maior sangramento
		Inexistência/ n=7	
	3 – ALTERAÇÃO DAS ROTINAS Acha que pode ser porque o tratamento lhe alterou as suas rotinas? O que pensa sobre isso (o que alterou?)	Alterou / n=3	Associada a mudança de hábitos alimentares
		Não alterou / n=6	
ACESSO AO TRATAMENTO	Acha que é o acesso aos medicamentos é difícil? (Localização da farmácia)	Acesso Fácil / 9	
		Acesso Difícil / 0	

Quadro 7: Benefício/custos do tratamento - doentes que aderem

5.3.1.4. - Dimensão Consequências

Em resposta à questão sobre as possíveis consequências da não adesão à terapêutica (Dimensão Consequências) a totalidade dos indivíduos da amostra responde que a não adesão ao tratamento tem consequências negativas (Quadro 8). Formas apontadas : a recidiva da crise de doença (i.e. novo enfarte) (Ex.: A9 - “*Eu acho que corre o risco de ter outro enfarte e até de morrer mesmo, pelo menos foi o que o médico me disse*”); o agravamento da situação clínica e a possibilidade de disfuncionalidade permanente (Ex.: A6 - “*Bem isso ai já é outra conversa, dá mau resultado, é capaz de ficar pior*”); e morte (Ex.: A9 - “*Eu acho que corre o risco de ter outro enfarte e até de morrer mesmo, pelo menos foi o que o médico me disse*”).

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
CONSEQUÊNCIAS	Imagine que uma pessoa não toma os medicamentos. Quais lhe parecem ser as consequências do comportamento do Sr. A. Acha mesmo que terão essa gravidade toda? Porquê. O que pensa sobre isto?	Ausentes / n=0	
		Relativas / n=0	
		Negativas / n=9	Associadas a recidiva da doença (enfarte) Associadas a agravamento da doença Associadas a morte

Quadro 8: Consequências – doentes que aderem

5.3.1.5. Dimensão Competência (auto-eficácia)

Como se pode observar na Quadro 9 em relação à percepção individual de competência/auto-eficácia para a realização do tratamento a grande maioria dos indivíduos refere considerar-se competente para a realização autónoma do tratamento (Ex.: A5 - “*Não tenho dificuldades...*”). Apenas 1 sujeito refere necessitar de alguma ajuda (“*Sim, apesar de... sei que é preciso (...)* É a D. Maria Luisa, é quase sempre ela”).

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
COMPETÊNCIA	Sente que consegue fazer o tratamento? Quem lhe prepara a medicação? Quem o lembra de tomar os medicamentos?	Competente / n=8	Crenças positiva de auto-eficácia na realização do tratamento
		Competente com ajuda / n=1	Necessidade de ajuda para lembrar a toma da medicação

Quadro 9: Competência – doentes que aderem

5.3.1.6. - Dimensão Recursos de Apoio

Em relação à identificação de recurso de apoio, como se pode observar no quadro 10 a totalidade dos indivíduos refere contar com recursos de apoio. Apesar de contar com esse recurso 4 dos sujeitos referem não ter necessidade de o fazer (A6 - “*Não é necessário, eu consigo sozinha, mas ajudam o suficiente*”). A totalidade dos sujeitos refere como recurso de apoio a família em especial o cônjuge e/ou os filhos

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
RECURSOS DE APOIO	- Acha que a família pode ajudar? Como?	Presentes / n=9, mas em 4 casos referem não recorrer	Recurso de apoio referido é a família próxima
		Ausentes / n=0	

Quadro 10: Recursos de apoio – doentes que aderem

5.3.1.7. - Dimensão Informação

Em relação à importância da informação transmitida pelos profissionais de saúde (Quadro 11), 8 dos sujeitos referem considerar que é de extrema importância e apenas 1 sujeito refere que essa informação pode influenciar negativamente o seu bem-estar e por isso não a valoriza (Ex.: A6 - “*Pode desde que não influencie negativamente, eu prefiro não saber*”).

È apontado como razões para a atribuição de importância da informação : o aumento do conhecimento sobre a doença e o tratamento (A1 - “*Eu penso que ajuda muito. (...) Ficamos mais elucidados para certas coisas em relação à doença e também ao que estamos a tomar*”) que levam ao aumento da competência para o tratamento (Ex.: A7 - “*Sim, acho. Porque eu tomo a medicação porque sei para o que serve. Sei que se deixar de tomar posso ter outro enfarte.*”) e promove a adesão (Ex.: A8 - “*Sim, sim. Tem de se batalhar para se saber o que se tem e também para ajudar os doentes que não cumprem*”).

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
INFORMAÇÃO	- Acha que a informação ou o facto de ter mais informação sobre a doença e o tratamento podem ajudar? Como?	Importante / n=8	Importância atribuída ao aumento do conhecimento Importância atribuída ao aumento da competência para o tratamento Relacionada com a promoção da adesão
		Relativamente importante / n=1	Receio de aumento de preocupação

Quadro 11: Informação – doentes que aderem

5.3.1.8. - Dimensão Relação com os Profissionais de Saúde

Quanto à avaliação que os sujeitos fazem da sua relação com os profissionais de saúde (Quadro 12) a totalidade dos sujeitos responde positivamente referindo ter uma boa relação com os profissionais (Ex.: A8- “*Foi suficiente. Trataram-me bem. Não tenho nada que dizer.*”). No que diz respeito às características que determinaram essa avaliação foram especialmente valorizadas: a

atenção com que são tratados; a disponibilidade demonstrada; a competência técnica e o bom nível de comunicação.

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	O que acha da ajuda que os profissionais de saúde poderão dar ?	Boa relação / n=9	Associada a atenção; disponibilidade; competência; informação; comunicação.
		Menos boa relação / n=0	

Quadro 12: Profissionais de Saúde – doentes que aderem

5.3.2. - Resultados da amostra B – Doentes que não aderem:

5.3.2.1. - Dimensão Severidade

Como se pode observar no quadro 13 a grande maioria dos indivíduos (n=10) refere que a sua doença/situação clínica é severa; dois indivíduos referem que a doença é relativamente severa.

A severidade da doença foi associada a: possibilidade de morte (Ex.: N1 - “Sei que acontece porque se fuma muito, eu era camionista e andava muito, e então fumava... a alimentação, também não era o melhor.. por isso deve ser grave, principalmente quando não se tem, cuidado, pode-se morrer.(...) Não, não vale a pena”); e ao carácter súbito (imprevisível) da situação clínica (Ex.: N2 - “Acho assustador, acho que quando é o primeiro, o segundo, quer dizer o primeiro para mim foi muito calmo, nem parecia que estava a fazer um enfarte, foi lento. O segundo foi muito urgente, estava a dormir”). A avaliação da doença como relativamente severa foi justificada pela possibilidade de controlo dos sintomas (como experiência do no passado) (Ex.: N9 - “Quer que lhe diga sinceramente? Nunca me assustou.. nunca. (...) Opa, porque por exemplo, o que eu sentia foram umas dores e fui ao hospital”).

Ainda nesta dimensão um número reduzido de participantes refere utilizar a tentativa de controlo do pensamento para lidar com a situação.

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
SEVERIDADE DA DOENÇA	O que pensa sobre o enfarte do miocárdio? Acha que é uma doença muito grave? Porquê?	Severo /n=10	Severidade associada à possibilidade de morte Severidade por ser súbita (sem controlo) Severidade porque associada ao outras patologias
	Pensa nisso muitas vezes? Porquê?	Relativamente Severo / n=2	Relativa severidade associada à possibilidade de controlo dos sintomas agudos Tentativa de controlo do pensamento

Quadro 13: Severidade – doentes que não aderem

5.3.2.2. - Dimensão Vulnerabilidade

Em relação à Vulnerabilidade como se pode observar no quadro 14 a grande maioria dos indivíduos (n=10) indivíduos refere considerar-se vulneráveis; 2 indivíduos referem não se consideram neste momento vulneráveis; 1 refere não saber.

As razões apresentadas para a percepção individual de vulnerabilidade dizem respeito a: ter tido uma crise no passado; as características da vida (N7 - “*Eu estou sempre preparado (...) Não sei, sabe que a minha vida é stress. O stress é o meu maior problema...*”) em especial o stress; as características pessoais em especial “ser nervoso” (Ex.: N5 - “*Acho que sim (...) Eu sou muito nervoso, mas é aquele nervoso interior e quando estou sob pressão, fico agitado e não consigo ultrapassar isso. Neste caso desligo...*”); o estilo de vida; a ineficácia da terapêutica. Um dos indivíduos considera que uma próxima crise é inevitável .

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
VULNERABILIDADE PESSOAL	Acha que correrá o risco de ter novo enfarte? Acha que lhe pode acontecer isso a si? Porquê? O que pensa sobre isto?	Vulnerável /n=9	Associada a estilos de vida Associada a crises no passado Associada a características da personalidade (e.g. ser nervoso) Associada a circunstâncias de vida (stress) Associada à ineficácia da terapêutica
		Não vulnerável / n=2	Associada ao estilo de vida normal
		Não sabe / n=1	Atribuição do conhecimento à autoridade

Quadro 14: Vulnerabilidade – doente que não aderem

5.3.2.3. - Dimensão Benefício/Custos do tratamento

Em relação à avaliação dos Benefício/Custos do tratamento (Quadro 15), e no que refere especificamente à eficácia do tratamento as respostas dos indivíduos repartem-se equitativamente em três grupos : os que referem que o tratamento é eficaz (n=4); os que referem que o tratamento não é eficaz (n=4) e os que referem ter dúvidas quanto à eficácia (n=4). As razões invocadas para a avaliação da eficácia prendem-se com a melhoria sentida (i.e ausência de sintomas). Os indivíduos que referem considerar o tratamento como não eficaz, apresentam como razões não atribuir as melhorias que sentem ao tratamento (Ex.: N12 - “*Não sei se resolverá... até agora não tenho tido problemas, no entanto não digo que um dia não tenha um problema fatal. Portanto, se ajudar muito bem, se não ajudar paciência.*”) e considerar que o tratamento não cura a doença (Ex.: N2 - “*O tratamento não resolve o meu problema. Mantém adormecido o meu problema, não resolve, não me melhora, não há uma regressão na minha doença, diminui é a sintomatologia.*”). Os que afirmaram ter dúvidas em relação à eficácia do tratamento referiam, ou não saber se as melhorias que sentem se podem atribuir ao tratamento ou sentir efeitos secundários adversos que colocam a duvida na eficácia (Ex.: N8 - “*Talvez... acho que sim.. não sei porque não vejo nada.*”).

Quando questionados sobre outras possibilidades de tratamento que poderiam ser mais eficazes a maioria (n= 9) considera que este é o tratamento adequado e o único possível (Ex.: N9 -

“Não sei, isso não sei. Acho que não. Desobstruíram a veia, já não podem fazer mais nada.”). Apenas 1 indivíduo considera se possível outro tratamento e 2 indivíduos referiam não saber.

Quanto aos efeitos do tratamento a maioria dos indivíduos (n= 7) considera que o tratamento não tem efeitos positivos. Um número mais reduzido (n=3) considera ter dúvidas e 2 indivíduos consideram que o tratamento tem efeitos positivos.

As razões apresentadas para a avaliação negativa dos efeitos do tratamento prendem-se com a persistência de sintomas (Ex.:N3 - “Quer dizer, melhorias... sinto-me na mesma, aliás o andar é que me custa mais, sinto-me mais cansado...”). Quanto à avaliação positiva está associada a maior bem-estar (Ex.: N5 - “Sim, sinto-me melhor, acho que pode ser disso.”).

Em relação ao custos do tratamento a maioria dos indivíduos (n= 8) refere a existência de custos associados essencialmente a aspectos financeiros decorrentes do preço dos medicamentos (Ex.: N1 - “Eram caros sim, eu na altura não tinha hipótese de os comprar todos os meses, havia meses que não os podia comprar. (...) Sim era dos factores mais relevantes para eu não os tomar.(...) Falei disso, falei ao médico de família, mas só com a requisição não chegava”).

A maioria (n=7) refere que o tratamento não tinha efeitos secundários negativos, no entanto um elevado numero (n=5) refere apresentar sintomas desconfortantes (Ex.: N4 - “Tenho hemorragias quando vou evacuar.(...) Não, é pouco, umas gotas. Depois passa (...) Desconfortável é sempre, o tratamento...”). Quanto a alteração das rotinas a maioria afirma que o tratamento não envolveu a alteração das rotinas e 2 indivíduos referiam ter existido essa alteração e 1 indivíduo afirma ter existido alteração da rotina mas para melhor (Ex.: N8 - “Não pelo contrário o que alterou foi para melhor...”).

Ainda nesta dimensão a maioria dos participantes da amostra refere considerar não ter problemas de acessibilidade quer aos medicamentos quer à equipa de saúde.

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
BENEFÍCIOS DO TRATAMENTO	EFICÁCIA DO TRATAMENTO O que é que acha sobre a possibilidade do tratamento resolver o seu problema? Porque é que acha isso?	Não eficaz / n=4	Avaliação feita pela não atribuição de melhorias associadas apenas ao tratamento Avaliação pela não cura (controlo) da doença
		Relativamente eficaz / n=4	Dúvida em relação à eficácia no controlo da doença Porque tem efeitos secundários adversos Porque não existem sintomas que provem a sua eficácia
		Eficaz / n=4	Avaliação feita por associação à melhorias

	Acha que haveria outra maneira mais eficaz de resolver o problema? Qual?	Não há / n=9	O tratamento é considerado adequado ou o único possível
		Não sabe / n=2	
		Cirurgia / n=1	
	EFEITOS POSITIVOS DO TRATAMENTO	Não tem / n=7	Persistência de sintomas Não sentem melhorias efectivas
	No dia a dia fazer o tratamento fá-lo sentir-se melhor ou não sente grandes melhoras?	Tem efeitos positivos / n=2	Efeitos positivos relacionados com aumento do bem-estar
		Duvidas/ n=3	Não atribuiu com grau certeza o bem-estar percebido ao tratamento
CUSTOS DO TRATAMENTO	1 – ASPECTOS FINANCEIROS O custo dos medicamentos poderá ser uma das razões? Porquê? Acha que os medicamentos são caros?	Existência de custos / n=8	Atribuídos ao preço do medicamento
		Existência de custos relativos /n=2	Consideração do preço do medicamento mas relativização
		Custos financeiros suportáveis / n=2	Consideração do preço do medicamento mas não avaliação desse facto como custo
	2 - EFEITOS SEGUNDÁRIOS Acha que pode ser porque o tratamento é desconfortável? O que pensa sobre isso (os efeitos dos tratamento)	Existência / n=5	Associados a alterações fisiológicas
		Inexistência/ n=7	
	3 – ALTERAÇÃO DAS ROTINAS Acha que pode ser porque o tratamento lhe alterou as suas rotinas? O que pensa sobre isso (o que alterou?)	Alterou negativamente / n=2	Associada aumento de complicação no dia a dia
		Alterou positivamente / n=1	
		Não alterou / n=9	

ACESSO AO TRATAMENTO	Acha que é o acesso aos medicamentos é difícil? (Localização da farmácia)	Acesso Fácil / 12	
		Acesso Difícil / 0	

Quadro 15: Benefício/Custos do tratamento – doentes que não aderem

5.3.2.4. - Dimensão Consequências

Em resposta à questão sobre as possíveis consequências da não adesão à terapêutica (Dimensão Consequências) 3 indivíduos referiram considerar que as consequências são negativas; 5 indivíduos referiram que podem ser negativas (em especial se existir acumulação de ausência de adesão); 2 indivíduos não responderam; 1 indivíduo refere não existir consequências e 1 outro indivíduo refere pensar que não existir consequências por que não foi alertado para o facto. Como consequências negativas foram apontadas: a recidiva da crise (i.e. novo enfarte) (Ex.: N8 - “*Bem, normal não é... (...)Ter outro EAM ou um AVC.. ser internado novamente*”); e a hospitalização. Também a possibilidade de consequências negativas está associada a : possibilidade de recidiva ou de agravamento de doença (Ex.: N5 - “*Sim, eu sei que a alimentação e a medicação são muito importantes. Se não cumprir sei que tenho problema, a situação volta a repetir-se.*”). O indivíduo que refere não ter pensado até esse momento que podiam existir consequências negativas verbalizou (Ex.: N12 - “*Quer dizer, repare... de certa forma devo ter falhado nesse aspecto, porque não houve da parte do próprio médico, talvez não tenha havido o cuidado de explicar as consequências. Eu também não sou assim tão estúpido, claro, básico, que não compreenda... no fundo esta nossa conversa a té está a ser útil para mim*”).

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
CONSEQUÊNCIAS	Quais lhe parecem ser as consequências desse comportamento? Acha mesmo que terão essa gravidade toda? Porquê? O que pensa sobre isto?	Ausentes / n=2	Referida a falta de informação sobre as consequências
		Não sabe / n=2	
		Relativas / n=5	Associadas a possibilidade de recidiva Associada a possibilidade de agravamento da doença (Dependentes de acumulação de infracções)

		Negativas / n=3	Associadas a recidiva da doença (enfarte) Associadas a mais sofrimento Associadas a mais hospitalização
--	--	-----------------	--

Quadro 16: Consequências – doente que não aderem

5.3.2.5. - Dimensão Competência (auto-eficácia)

Como se pode observar no quadro 17 em relação à percepção individual de competência/auto-eficácia para a realização do tratamento a maioria (n=8) dos indivíduos refere considerar-se competente para a realização autónoma do tratamento (Ex.: N4 - “*Não, eu tomo sempre tudo, só quando acaba o plavix é que espero para o próximo mês. Mas não é difícil.*”). Um número reduzido (n=4) refere necessitar de ajuda pois esquece com facilidade que tem que tomar os medicamentos (Ex.: N3 - “*É mais a preocupação de sair de casa de manhã, se tiver o meu irmão à minha espera, não quero atrasar-me e esquecer-me. Saio e esqueço-me.*”).

Nesta dimensão dois dos indivíduos referem não aderir por vontade própria (Ex.: N6 - “*Sim, quando vou de fim de semana para fora, não os levo. Ah, vou para uma festa, não os levo, hoje não os tomo, mas normalmente faço isso.*”).

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
COMPETENCIA	Acha que o tratamento é complicado? Ou esquece-se muito? Porque? O que pensa sobre isto?	Competente /n=8	Crenças positiva de auto-eficácia na realização do tratamento
		Competente com ajuda / n=4	Necessidade de ajuda para lembrar a toma da medicação

Quadro 17 – Competência - doentes que não aderem

5.3.2.6. - Dimensão Recursos de apoio

Em relação à identificação de recurso de apoio, como se pode observar na quadro 18 a maioria dos sujeitos (n=9) refere poder contar com a ajuda da família (Ex.: N6 - “*Todos tentam respeitar que eu tenha uma boa saúde, o que hoje actualmente fazem... de tudo para que não me aconteça nada...*”); dois indivíduos referem não ter grande ajuda; e 1 indivíduo refere que tem uma ajuda relativa.

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
RECURSOS DE APOIO	- Acha que a família poderia ajudar mais? O que pensa sobre as ajudas que as famílias podem dar?	Presentes / n=9	Recurso de apoio referido é a família próxima
	- ambiental familiar	Relativamente presentes / n=1	
	- suporte emocional		
	- Ajuda logística (dar o medicamento ou lembrar)	Não presentes / n=2	

Quadro 18: Recursos de Apoio – doentes que não aderem

5.3.2.7. - Dimensão Informação

Em relação à importância da informação transmitida pelos profissionais de saúde (Quadro 19) a maioria dos indivíduos (n=7) refere que recebeu informação suficiente e que consideram que a informação é importante para o aumento do conhecimento da doença. No entanto um número expressivo (n=5) considerou não ter recebido informação suficiente (Ex.: N3 - “*Sobre a medicação disseram para não deixar de tomar, pronto.. uma pessoa não fica esclarecida.*”).

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
INFORMAÇÃO	A informação que o Sr. tem acerca do tratamento achar que será suficiente? Acha que poderá ser por isso? Registar o que pensa sobre a forma como foram dadas as informações sobre o tratamento aos doentes.	Suficiente/ n=7	Importância atribuída ao aumento do conhecimento Importância atribuída ao aumento da competência para o tratamento Relacionada com a promoção da adesão
		Insuficiente/ n=5	

Quadro 19: Informação – doentes que não aderem

5.3.2.8. - Dimensão Profissionais de Saúde

Quanto à avaliação que os indivíduos fazem da sua relação com os profissionais de saúde (Quadro 20) a grande maioria responde que tem uma boa relação com os profissionais de saúde (Ex.: N8 - “No meu caso acho que nada. (...)Vocês sempre fizeram tudo de bom...”). Apenas 2 indivíduos referem ter queixas (Ex.: N4 - “Nunca tive grande proximidade com as enfermeiras (...) Sim, muito mais, porque tudo o que sabemos foi o nosso médico de família.”).

DIMENSÃO	Questões de Orientação	Orientação da resposta / Fr	Análise de conteúdo
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	O que acha da ajuda que os profissionais de saúde poderão dar ?	Boa relação / n=10	Associada a atenção; disponibilidade; competência; e informação; comunicação
		Menos boa relação / n=2	

Quadro 20: Informação – doentes que não aderem

5.4. - Resultados da análise de conteúdo das questões abertas

Seguidamente apresentam-se os resultados da análise de conteúdo das duas questões abertas que foram incluídas no questionário e que diziam respeito a (1) Identificação de outras razões que podem levar os doentes a não aderir ao tratamento ; (2) Identificação de ajudas para a adesão.

5.4.1 - Resultados da Amostra A – Doentes que aderem

5.4.1.1 - Questão aberta (1) - “ Que razões podem levar as pessoas a não seguir o tratamento?”

Em relação a esta questão aberta, como se pode observar no quadro 21 foi indicada uma diversidade de possíveis causas essencialmente relacionadas com: saturação da doença e falta de vontade e viver (referida por mais do que um indivíduo); a falta de apoio social familiar (referida por mais do que um indivíduo); o custo dos medicamentos (referida por mais do que um indivíduo); o esquecimento associado ao que foi referido como desmazelo ou pouca responsabilização; os efeitos secundários de tratamento; problemas familiares e a não compreensão do tratamento.

QUESTÃO (1)	CATEGORIAS DE RESPOSTA	EXEMPLO DE VERBALIZAÇÃO
Que razões podem levar as pessoas a não seguir o tratamento?	Falta de apoio social	A2 – “A falta de apoio, pessoas que não tem família.”
	Razões económicas	A5 - “O facto de não terem dinheiro para comprar os medicamentos”
	Não compreensão do tratamento	A9 – “A falta de conhecimento e também não terem dinheiro.”
	Desmazelo e esquecimento	A7 - “São desleixadas, ou então muitos não têm mesmo dinheiro para pagar.”
	Baixa percepção de vulnerabilidade	A9 – “A falta de conhecimento e também não terem dinheiro. Muitos também não sabem que podem piorar”
	Efeitos secundários do tratamento	A6 – “Pode ser os maus sintomas que o tratamento pode dar.”
	Perda da vontade de viver	A3 – “ Estarem saturadas, desligadas da vida, a ver que os resultados do tratamento não estão a fazer efeito, não ter acompanhamento familiar.”

Quadro 21 : Questão aberta nº1 – doentes que aderem

5.4.1.2 - Questão aberta (2) “O que é que o tem ajudado a si?”

Quando perguntados sobre o que os têm a ajudado a seguir o tratamento forma referidas: o apoio familiar e o amor sentido em relação à família (referido por mais do que um indivíduo); a vontade de viver e a crença de que é responsável pela sua saúde (referido por mais do que um indivíduo); o medo de sofrer um novo enfarte e conseqüente necessidade de uma cirurgia cardíaca; e o medo de morrer.

QUESTÃO (2)	CATEGORIA DE RESPOSTA	EXEMPLO DE VERBALIZAÇÃO
O que o(a) tem ajudado a si	Suporte social	A2 – “A minha família”
	Benefícios do tratamento: poder viver mais tempo; sentir-se melhor	A3 – “Sou agarrado à vida, quero viver mais tempo e de boa saúde”
	Crenças de responsabilização pela sua saúde	A7 – “Tornou-se hábito. Tenho de tomar e pronto, é a responsabilidade que tenho para com a minha saúde.”
	Crenças de vulnerabilidade à doença; à dor e à morte	A9 – “O medo de morrer.”

Quadro 22: Questão aberta nº 2 – doentes que aderem

5.4.2 - Resultados da Amostra B – Doentes que não aderem

5.4.2.1 - Questão aberta (1)- “Que outras razões o poderão levar a não conseguir seguir o tratamento?”

Em relação esta questão aberta, como se pode observar no quadro 23 ,um número expressivo de doentes referiu como determinantes de não adesão: o esquecimento; e o custo do medicamentos. Foram ainda referidos: a ausência de sintomas, a não evidência de melhoria do estado de saúde; a falta de apoio; a dificuldade de acesso às consultas e falta de organização dos serviços e os problemas familiares

QUESTÃO (1)	CATEGORIAS DE RESPOSTA	EXEMPLO DE VERBALIZAÇÃO
Que outras razões poderão levar a não conseguir seguir o tratamento?	Razões económicas	N1 - “Era não ter dinheiro para os comprar, estava desempregado e era complicado... e outras vezes esquecia-me de os tomar.”
	Esquecimento	N3 - “Sim é mesmo por esquecimento, não é por mais nada.”
	Ausência de sintomas	N8 - “Não sei. Apenas o achar que estava bem, sentia-me bem. E eram muito caros.”
	Efeitos secundários	N9 - “Se eu não tomo, é especialmente culpa minha de mais ninguém (...)É porque não vejo os efeitos, e acontece um bocado por aí.”
	Crenças de pouca eficácia do tratamento	N2 - “Bem... sou mesmo eu que sou teimoso... sinto-me bem e não tomo, mas agira tenho tentado.”
	Falta de suporte social	N10 - “A cabeça, estava sozinho, e depois eram caros e não tinha dinheiro para tudo.”
	Problemas familiares	N12 - “Uma delas é a dificuldade ao acesso às consultas, ao médico. Talvez seja a principal razão. (...) A falta de organização. (...) E depois foi a fase em que o meu filho descompensou e eu não tive cabeça para tomar a medicação.”

Quadro 23: Questão nº 1 – doentes que não aderem

5.4.2.2 - Questão aberta (2): “O que acha que poderia ajudar a que fosse mais fácil seguir o tratamento?”

Quando questionados sobre o que pode ajudar a promover a adesão um número expressivo de indivíduos referiu: maior acompanhamento/monitorização por parte dos serviços de saúde e a comunicação mais efectiva com a equipa de saúde; ajuda económica devido ao custo dos medicamentos; a melhor organização dos serviços e uma vida com menos factores stressantes.

QUESTÃO (2)	CATEGORIA DE RESPOSTA	EXEMPLO DE VERBALIZAÇÃO
O que acha que poderia ajudar a que fosse mais fácil seguir o tratamento?	Mais acompanhamento da parte dos serviços de saúde	N5 - <i>“Possivelmente vir cá outra vez, ter médico, porque eu fui enganado.”</i>
	Custo dos medicamentos	N1 - <i>“Não sei... ter ajuda nos medicamentos..”</i>
	Maior acessibilidade à equipa de saúde	N12 - <i>“Se as consultas forem efectivas e os tempos de espera reduzidos... se fossem mais honestos e não houvessem tantas traulhices... quase de certezas muitas mais pessoas apareciam às consultas e seguiam os tratamentos.”</i>
	Melhor comunicação com a equipa	N8 - <i>“Não, não preciso. Quer dizer se houvesse mais informação por parte da equipa”</i>
Mais organização dos serviços	N4 - <i>“Ah sim, sim. Não era mal nenhum. Deviam ter mais tempo para nós e melhorar as consultas.”</i>	

Quadro 4: Questão n.º 24 – doentes que não aderem

5.5 – Comparação dos resultados das duas amostras em estudo

Respondendo ao objectivo específico (2) pretende-se, neste ponto, fazer uma comparação dos resultados recolhidos nos dois grupos de doentes estudados, de modo a identificar as diferenças entre os mesmos.

Inicia-se pela comparação dos dados relativos à percepção que os doentes têm quanto aos seus dados clínicos e percepção do tratamento terapêutico instituído; e posteriormente quanto às dimensões do Modelo de Crenças de Saúde..

Na amostra A quanto à data do primeiro cateterismo, 6 (70%), lembram-se e 3 (30%) não se lembram, enquanto que na amostra B, 6 (50%) lembram-se e outros 6 (50%) não se lembram. Nos resultados obtidos quanto às recomendações terapêuticas, 4 (40%) dos doentes da amostra A descrevem-nas correctamente e 5 (60%) tiveram algumas dificuldades. Nos doentes da amostra B os 12 (100%), ou seja, a totalidade dos doentes manifestou dificuldade em relatar as recomendações terapêuticas. Na assiduidade das consultas, os da amostra A são assíduos e vão com regularidade, sabendo a data da última consulta. Em contrapartida, os da amostra B, 6 (50%) não frequentam a consulta, 2 (15%) vão com irregularidade e 4 (35%) são assíduos. Dos doentes da amostra B, 5 (42%) não se lembram da data da última consulta e 7 (58%) lembram-se. Quanto ao conhecimento da medicação actual, 7 (80%) dos doentes da amostra A sabem qual a medicação que se encontram a fazer no domicílio e 2 (20%) têm pouco conhecimento, mas os 9 (100%) sabem como devem tomar a medicação. Nos doentes da amostra B, 6 (50%) têm conhecimento da medicação que realizam no domicílio, 3 (25%) têm pouco conhecimento, 1 (5%) não tem

conhecimento algum e 2 (15%) não fazem medicação. 10 (85%) têm pouco conhecimento de como tomar a medicação e 2 (15%) não têm qualquer conhecimento. Na amostra A, 4 (45%) sofreram alterações no regime terapêutico no último ano e 5 (55%) não sofreram qualquer alteração, comparada com a amostra B, em que 3 (25%) sofreram, 6 (50%) não sofreram e 3 (25%) alteraram o regime por vontade própria.

Em resumo pode afirmar-se que a amostra A, apresenta maiores conhecimentos em relação ao seu estado de saúde e situação clínica, em comparação com a amostra B, uma vez que refere sem dificuldade a data do cateterismo e descreve as recomendações terapêuticas. São doentes que em comparação com os da amostra b, não faltam às consultas e sabem quais os medicamentos a realizar.

Avaliou-se também o grau de dificuldade que os doentes apresentam na toma dos medicamentos. Em relação a este aspecto verificou se que a totalidade dos doentes da amostra A (100%) não tem qualquer dificuldade na toma, incluindo-se no intervalo <5 , e os doentes da amostra B, 7 (58%) não têm dificuldade, mas 5 (42%) já referiram sentir algumas dificuldades, encontrando-se no intervalo >5 . Na avaliação subjectiva do grau de adesão na amostra A, 8 (88%) responderam que é fácil seguir sempre as prescrições terapêuticas e apenas 1 (12%) relatou sentir algumas dificuldades. Na amostra B, 4 (33.3%) relataram ser difícil, outros 4 (33.3%) que não é difícil, mas por vezes torna-se complicado e os restantes 4 (33.3%), não sentem dificuldades.

Deste modo pode-se afirmar que a amostra A mais uma vez demonstrou ter menos dificuldades na realização do tratamento, comparativamente à amostra B, que refere sentir dificuldades na realização das prescrições feitas pelos profissionais de saúde.

Em relação às Dimensões do Modelo de Crenças de Saúde verifica-se na dimensão da severidade percebida, nos doentes da amostra A, 7 (77%) relatam que a doença é severa devido à perda de funcionalidade e à possibilidade de morte, 1 (11.5%) refere ser severa, mas menos que qualquer outra doença e apenas 1 (11.5%) não quis responder à pergunta. Nos doentes da amostra B, 10 (83%) referem que é severa podendo levar à morte e incapacidade, 2 (17%) referem ser relativamente severa.

Assim, em relação a esta dimensão tanto a Amostra A como a amostra B, apresentam uma percentagem elevada de severidade percebida, quanto doença, relacionada com a possível incapacidade física e a morte.

Na dimensão da vulnerabilidade, nos doentes da amostra A, 4 (45%) referem estar vulneráveis a novos episódios e 4 (45%) referem não estar vulneráveis, em que 2 referem não estar vulneráveis pela prevenção realizada através da medicação. 1 (10%) recusou responder. Em comparação com a amostra B, 9 (75%) respondem estar vulneráveis, 2 (15%) não estão vulneráveis e um (10%) não sabe responder por falta de conhecimento.

Em resumo, uma maior percentagem de doentes da amostra B refere sentir-se vulnerável a novos episódios de doença, em relação à amostra A.

Na dimensão de Benefício/Custos do tratamento, no grupo dos aderentes, 6 (66%) referem que o tratamento é eficaz, 1(12%) relativamente eficaz e apenas 2 (22%) relatam não ser eficaz. Nos que não aderem, 4 (33.3%) respondem que o tratamento não é eficaz, 4 (33.3%) que é relativamente eficaz e 4 (33.3%) que foi eficaz. Na mesma dimensão foi colocada a pergunta: “Acha que haveria outra maneira mais eficaz de resolver o problema? Qual?”. 7 (77%) da amostra A responderam que não, 1(11.5%) sugere a cirurgia e outro (11.5%) não responde. Na amostra B, 9 (75%) respondem que não há solução, 2 (16%) não sabem responder e 1 (9%) sugere a cirurgia.

Assim, pode-se afirmar que a maioria os doentes da amostra A referem que o tratamento é eficaz, e que não há outra alternativa, ao mesmo. Enquanto que a maioria da amostra B refere que o tratamento não é ou é apenas, relativamente eficaz, não havendo também alternativas.

Quanto aos efeitos positivos do tratamento prescrito (Dimensão Benefícios), 5 (55%) da amostra A não referem alterações neste campo e 4 (45%) referem melhorias. Na amostra B, 2 (16.5%) constata melhorias relacionada com o seu bem-estar, 7 (58.5%) não apresentam qualquer tipo de melhorias e 3 (25%) referem ter dúvidas em relação à sua situação de bem-estar.

Em resumo, a amostra A apresenta uma percentagem mais elevada em relação às melhorias do tratamento, em relação à maioria da amostra B, que refere não sentir alterações.

Quanto ao Custo do tratamento a nível financeiro, na amostra A, 6 (66.5%) relatam ter custos financeiros na compra dos medicamentos, mas nunca os deixaram de tomar por tal facto, e 3 (33.5%) referem ter custos relativos, ou seja não lhes custa comprar, mas sabem que são caros. Na amostra B, 8 (66%) referem ter existência de custos associados à não adesão, 2 (15%) relataram existir custos e relativos, mas que não deixam de tomar a medicação por tal facto e 2 (16.5%) referem não achar o tratamento caro (custos financeiros suportáveis).

Em suma, tanto na amostra A como na amostra B foram relatados custos associados ao tratamento.

Quanto aos efeitos secundários (dimensão Benefício/custos) 2 (22%) dos doentes da amostra A tiveram manifestações de efeitos secundários e 7 (78%) não tiveram. Na amostra B, 5 (41.5%) manifestaram efeitos secundários e 7 (58.5%) não.

Constata-se assim, que a amostra B apresenta maior incidência de efeitos secundários ao tratamento, comparativamente à amostra A.

Nos doentes da amostra A, 3 (33%) relatam que tiveram alterações das suas rotinas e 6 (67%) que não, enquanto que na amostra B, 3 (25%) sofreram alterações a nível do seu dia-a-dia e 9 (75%) não tiveram qualquer tipo de alterações. Na dimensão do acesso ao tratamento, tanto os

doentes que aderem (100%) como os doentes que não aderem (100%), não quaisquer dificuldades em ir à farmácia.

Pode-se concluir que ambas as amostras não sentem qualquer dificuldade no acesso ao tratamento.

As consequências sobre a não adesão ao tratamento foi também questionada à qual nos doente da amostra A, respondem ter consequências negativas (100%), podendo desencadear outro EAM ou até mesmo morte. Nos doentes da amostra B, 4 (33%) dizem que não existem consequências, 5 (42%) dizem que existem, mas relativas e 3 (25%) referem ter consequências graves, dando origem a novos EAM ou até mesmo a morte.

Desta forma pode-se afirmar que a amostra A apresenta maior conhecimento acerca das consequências provocadas pela não adesão à terapêutica, em comparação com a amostra B, referindo a possibilidade de recidivas ou até mesmo a morte.

Na dimensão da auto-eficácia, ou seja, da competência que o doente apresenta perante a realização do tratamento, 8 (88%) doentes da amostra A manifestam ter competência e 1 (12%) refere necessitar da ajuda da esposa. Quanto aos doentes da amostra B, 8 (66.5%) têm percepção de ser competentes na realização do tratamento e 4 (33.5%) têm necessidade de ajuda para o realizar.

Pode-se considerar, que ainda existe um número elevado de doentes com uma taxa de auto-eficácia diminuída, na amostra B, em comparação com a amostra A.

Na questão sobre os recursos de apoio, nos doentes da amostra A todos (100%) referem ter a família presente, no entanto 4 dizem não recorrer a ela. Nos doentes da amostra B, 9 (75%) têm a família presente, 1 (9%) tem relativamente presente e 2 (16%) referem ter ausência de apoio familiar.

Desta forma pode-se concluir que a amostra A apresenta uma percentagem superior de recursos de apoio relativamente à amostra B, no entanto estes dados não são significativamente diferentes.

Quanto à informação facultada no hospital, 8 (88%) doentes da amostra A respondem que é importante estar-se informado da sua situação de saúde de forma a compreender a sua situação de saúde e até mesmo aumentar a adesão terapêutica. 1 responde ser relativamente importante (12%). Os doentes da amostra B referem que a informação foi suficiente em 7 (58%) doentes e para 5 (42%) doentes foi insuficiente.

Em resumo, os doentes da amostra A referem na maioria, estar bem informados, pelos profissionais de saúde em comparação com a amostra B, em que um número considerável diz ter informação insuficiente em relação à sua situação clínica.

Relativamente à relação entre o doente e os profissionais de saúde, nos aderentes houve na totalidade (100%) uma boa relação entre doente - profissional de saúde. Nos doentes que não aderem, 10 (84%) referiram não ter tido “razões de queixa”, enquanto que 2 (16%) relataram ter tido uma má relação terapêutica.

Em suma, os doentes da amostra A desenvolveram uma melhor relação terapêutica com os profissionais de saúde, comparativamente com a amostra B.

Em sumário através desta comparação de grupos pode-se concluir que ambos são aparentemente homogêneos em relação às experiências relatadas, excluindo os conhecimentos acerca dos seus dados clínicos e tratamento e avaliação subjectiva da adesão ao tratamento, nos quais os doentes da amostra A têm melhores conhecimentos globais da sua história clínica passada e actual e menos dificuldades da adesão ao tratamento. Em relação aos custos, apesar da homogeneidade dos dados nas duas amostras, demonstra-se que é um determinante bastante influente, pois é referido como uma barreira à adesão. Quanto aos efeitos secundários também houve diferenças, pois a amostra B considera apresentar maior incidência. Na dimensão da vulnerabilidade, os doentes caracterizados como não aderentes referem maior risco de vulnerabilidade da doença tal como na dimensão consequência, que demonstram ter a percepção que correm mais riscos, derivado aos seus comportamentos. A sua auto-eficácia ronda apenas os 66.5%. Os doentes da amostra A referem boa informação facultada pelos profissionais de saúde, enquanto que os doentes da amostra B referem haver défice de informação transmitida, o que leva o doente a ter uma taxa baixa de conhecimentos sobre a sua situação clínica.

VI - Discussão dos dados

O presente estudo teve como objectivo a identificação de determinantes de não adesão à terapêutica antiagregante plaquetária em doentes, assistidos num Hospital Geral do centro de Lisboa. Para o estudo desses determinantes foi utilizado o Modelo de Crenças de Saúde e mais especificamente os componentes da extensão deste modelo. Para melhor compreensão dos determinantes de adesão, realizou-se, tal como definido nos objectivos específicos, a análise comparativa dos determinantes cognitivos entre dois grupos de doentes que têm comportamentos de adesão diferentes.

Tendo em consideração os resultados apresentados no capítulo anterior e os objectivos específicos definidos na metodologia prossegue-se à discussão dos dados encontrados, de acordo com a ordem apresentada no capítulo anterior.

Em relação ao conhecimento dos doentes quanto à sua situação clínica a maioria dos doentes que não aderem, tem dificuldade em descrever as recomendações terapêuticas e tem um baixo nível de conhecimento acerca do seu regime terapêutico. Um número elevado de doentes referiu também, ter algumas dificuldades em seguir sempre o tratamento. Estes resultados são coincidentes com o estudo de Hahn (2001), no qual o autor identifica as dificuldades na compreensão e baixo conhecimento em relação à da medicação, como determinante de não adesão à terapêutica. No mesmo sentido vão também as conclusões apresentadas por Martin, Williams Haskard e DiMatteo (2005), segundo as quais os doentes que menos aderem ao tratamento são os que não sabem ou não se lembram das indicações terapêuticas. Este facto pode estar relacionado como dois aspectos amplamente referidos na literatura. Por um lado possível falta de literacia dos doentes – não podemos esquecer de que se trata de doentes idosos – referida por autores como Williams, et al. (1995) e, por outro lado, a também possível falta de informação adequada a estes doentes por parte das equipas de saúde, a qual tem sido amplamente identificada como determinante de não adesão (Cabral, M. & Silva, P., 2010).

Como referido anteriormente, o Modelo de Crenças de Saúde, foi utilizado para a identificação dos determinantes cognitivos dos doentes de modo a realizar a colheita de dados. Este modelo, foi revisto e complementado, por Aalto e Uutela (1997), com mais quatro dimensões novas em comparação com o inicial. Duas dessas dimensões foram usadas na colheita de dados deste estudo: a auto-eficácia e o suporte social. Seguidamente apresenta-se a discussão dos dados para cada dimensão que compõe este modelo.

A primeira dimensão do modelo diz respeito à severidade percebida, tendo os dados adquiridos nesta investigação demonstrado que a maioria dos doentes consideraram a doença severa, por se encontrar associada à morte e às recidivas súbitas. No entanto, os resultados da presente investigação não são coincidentes com os de DiMatteo, Haskard e Williams (2007), que apresentam esta dimensão como prevalente na adesão dos doentes. No presente estudo não se verificam diferenças significativas em relação a esta dimensão entre os dois grupos de doentes (os que aderem e os que não aderem) pelo que não podemos afirmar que seja a crença sobre a severidade da doença que os distingue.

Grande parte dos doentes entrevistados considerou-se vulnerável a novos episódios de doença. No entanto são os doentes que não aderem os que reconhecem estar mais vulneráveis. Estes dados contradizem os referidos por Sirur, Richardson,, Wishart e Hanna (2009) que afirmam que crenças de vulnerabilidade se associam a níveis mais elevados de adesão. No entanto, é importante referir que os doentes da amostra A (doentes que aderem) afirmam não estar tão vulneráveis porque se sentem protegidos pelo seu comportamento de adesão, dizendo que o seguir o tratamento diminuía a sua vulnerabilidade. Ainda a este respeito à interessante verificar que os doentes que não aderem associam a sua vulnerabilidade a aspectos mais tácitos e imutáveis como características da personalidade, o “ser nervoso” ou estar “sob *stress*”, ou a “incapacidade física devida à idade”.

Os Benefício/Custos do tratamento é uma dimensão vasta, que engloba, entre outras, crenças sobre a eficácia do tratamento, efeitos positivos do tratamento e efeitos secundários, custos financeiros, acessibilidade do tratamento, ou a alteração de rotinas. Comparativamente os resultados verificam que os doentes caracterizados como aderentes referem o tratamento como mais eficaz. Pelo contrário os que não aderem, revelaram considerar o tratamento pouco eficaz, referido não sentir melhoras ou efeitos positivos. Quanto aos custos, a maioria dos entrevistados considerou o tratamento caro. Este aspecto financeiro, foi mesmo referido como tendo sido uma das causas pelas quais os doentes abandonam a terapêutica. Os doentes que aderem ao tratamento embora considerando o tratamento caro realçam os seus efeitos positivos e referem que não existe outra alternativa mais eficaz, pelo que admitem fazer o esforço financeiro. Quanto aos efeitos do tratamento número alargado de doentes dos dois grupos revelou ter sentido efeitos colaterais e ter tido algumas alterações na sua rotina,. Em relação à acessibilidade nenhum doente considerou ter dificuldades no acesso à farmácia, e apenas um número pequeno revelou ter dificuldade de ir às consultas.

Comparando estes resultados com os de estudos da revisão de literatura, podemos considerar que a maioria dos dados identificados reforçam os resultados encontrados em estudos anteriores. A este respeito, Telles-Correia, Barbosa, Mega, Barroso e Monteiro (2007), refere o custo da medicação um factor importante para a adesão terapêutica. O custo dos medicamentos foi

igualmente evidenciado como determinante de não adesão no estudo de Cabral e Silva (2010) com uma alargada amostra da população portuguesa.

Também Tavafian, Hasani, Aghamolaei, Zare e Gregory (2009) identificaram como determinante de não adesão determinantes cognitivos de baixa eficácia e de menos benefícios. A alteração das rotinas e o facto de o tratamento ser desconfortável, também foram apontados como causa de não adesão no estudo de Olsen, Smith, e Oei (2008). Sajatovic et al. (2009), refere que 19.3% dos doentes do seu estudo não aderiam à terapêutica devido às rotinas da medicação e aos efeitos secundários que esta lhes estavam associados. No mesmo sentido Oldridge & Streiner (1990) num estudo com doentes cardíacos concluíram que as crenças em relação aos benefícios do tratamento eram os mais importantes determinantes da adesão à terapêutica.

Em relação à dimensão Consequências a maioria dos doentes que aderem ao tratamento referem que o não conseguir seguir as prescrições médicas pode ter consequências negativas como recidivas ou mesmo a morte. Dos doentes que não aderem, grande parte considera que as consequências são relativas e apenas um pequeno número revela poder ter consequências graves. Estes doentes apontam como possíveis consequências a recidiva de enfarte, situação pela qual já passaram. Curiosamente, esta experiência à partida negativa (porque é ameaçadora da vida) não parece ter sido determinante de mudança do comportamento evidenciando em alguns doentes. Pode-se constatar tal facto através de verbalizações sobre algum conformismo em relação a essa possibilidade e mesmo alguma perda de vontade de viver. Ainda que não seja possível, com os dados recolhidos, fazer a identificação de estados depressivos, estas verbalizações podem estar associadas a perturbações do humor, nomeadamente estados deprimidos, realçados na literatura como determinante de não adesão. (DiMatteo, M., Lepper, H. & Croghan, T., 2000)

Ainda em relação a estas dimensões os resultados da presente investigação vão ao encontro dos apresentados por Bell e Kravitz (2008) segundo os quais os níveis de adesão são mais elevados em doentes que referem que o tratamento aumenta a sua qualidade de vida. Desta forma, pode afirmar-se que quanto menor a percepção das consequências, mais baixo se torna o grau de adesão ao tratamento destes doentes.

Em relação à dimensão da auto-eficácia ou competência, a maioria dos doentes entrevistados considerou-se competente, na gestão da medicação e apenas um reduzido número manifestou necessitar de ajuda para tal. No entanto, a comparação entre os dois grupos revelou que os doentes que não aderem referem menor auto-eficácia. Estes dados, no geral, vão de encontro ao estudo de Aalto e Uutela (1997), que consideram a auto-eficácia um determinante fundamental na adesão terapêutica. Também, Gillibrand e Stevenson (2006) demonstraram que a auto-eficácia se encontra directamente associada a índices de maior adesão, ou seja, quanto maior a competência atribuída ao doente maior o grau de adesão, ou o contrário.

Na dimensão dos recursos de apoio a maioria dos participantes refere ter a família presente, mesmo não a solicitando, no entanto verifica-se a ausência familiar num pequeno número de doentes que não aderem. Estes dados estão em desacordo com os estudos encontrados tal como o de Gillibrand e Stevenson (2006), que referem que um alto apoio familiar é sugestivo de uma maior adesão terapêutica e que os problemas familiares podem desencadear motivos para um abandono do tratamento. (Dunbar-Jacob, J., Bohachick, P., Mortimer, M., Sereika, S. & Foley, S., 2003).

A informação, como referido na revisão de literatura, é um pilar fundamental para a melhoria dos cuidados de saúde e qualidade de vida do utente. Durante a entrevista e posteriormente na análise dos dados pôde-se constatar que para a maior parte dos doentes, esta dimensão foi considerada de grande relevância para a adesão terapêutica. No entanto, houve um número abrangente de doentes que considerou a informação dada pelos profissionais de saúde insuficiente para uma boa compreensão da doença e tratamento. Vão no mesmo sentido o estudo de Maswanya, Brown e Merriman (2009), que revela que a informação transmitida ao doente é insuficiente, influenciando negativamente a adesão à terapêutica. Este estudo revela, desta forma, que existiu falta de educação para a saúde por parte dos profissionais de saúde.

Finalmente, apresenta-se a dimensão da relação profissionais de saúde – doente. Nesta dimensão a maioria dos doentes relata ter desenvolvido uma boa relação terapêutica com os profissionais de saúde que os acompanharam, excepto 2 doentes, que consideram de grande afastamento a relação que se desenvolveu. No entanto, estudos revelam que uma desfavorável relação profissional de saúde – doente, influencia negativamente a adesão ao tratamento, o que não coincide com os dados revelados pelo presente estudo. Zolnierek e DiMatteo (2009), afirmam que 19% dos doentes, cujo o profissional de saúde desenvolveu uma incorrecta relação terapêutica apresenta um déficite na adesão ao tratamento. Cabral e Silva (2010) no seu estudo também referem a relação com os profissionais de saúde, uma das causas que leva os doentes a não cumprirem os tratamentos.

VII - Conclusões e Implicações Práticas

De acordo com WHO (2003), a adesão terapêutica continua a ser um tema de grande relevância a nível mundial e representa uma enorme preocupação para as políticas de saúde. Como já referido em capítulos anteriores, a não adesão acarreta gastos muito substância e absorve recursos importantes, contribuindo assim para a desorganização dos serviços e para o défice financeiros das instituições da saúde

Este estudo pretendeu, para além de identificar as causas de não adesão à terapêutica numa situação clínica particular (doentes que realizam PTCA devido a trombose intrastent), alertar os profissionais de saúde para o problema da adesão, apresentando contribuições para intervenções mais eficazes na promoção da adesão. Defende-se que, identificando os determinantes de não adesão dos doentes, consegue ter-se a percepção das falhas cometidas a nível de educação para a saúde, o que facilita a actuação dos profissionais. Intervenções mais eficazes levarão não só, ao aumento da qualidade de vida destes doentes, como à melhor gestão dos serviços de saúde e ao aumento da sua qualidade.

A escolha de doentes com esta situação clínica derivou da actividade da autora, como enfermeira, no serviço onde se realizou o estudo, tendo-se constatado que o facto do doente não aderir à medicação antiagregante plaquetária como prescrito, acarreta uma taxa elevadíssima de morbilidade e mortalidade associada a esta patologia.

Como metodologia de recolha de dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada que, para além de questões demográficas, integrou questões gerias sobre o conhecimento que os doentes tinham em relação à sua situação clínica e ao seu tratamento, assim como questões sobre determinantes cognitivos relativos às dimensões do modelo de Crenças de Saúde, amplamente utilizado em investigações neste âmbito. Como complemento foram ainda adicionadas duas questões abertas. Participaram no estudo dois grupos de doentes – um grupo que respondia aos critérios de “doentes que aderem” e um outro grupo que respondia aos critérios de “doentes que não aderem”

Dos resultados das questões gerais é possível concluir que os doentes que não aderem ao tratamento foram, comparativamente, os que referem menos conhecimento da doença e das prescrições do tratamento. Nas respostas às questões abertas foram também estes os doentes que referiram ter necessidade de mais apoio e informação por parte dos serviços de saúde.

A informação revelou ser, neste estudo, uma dimensão importante para a adesão na medida em que muitos dos doentes caracterizados como não aderentes, referiram ter sido

insuficientemente informados, da sua situação clínica e prescrição terapêutica, por parte dos profissionais de saúde. Este determinante afecta directamente adesão. Doentes que não compreendem a sua doença, o porquê da medicação, as suas consequências e os efeitos secundários, a apresentam maior tendência para o abandono da terapêutica.

Quanto às dimensões do Modelo de Crenças de Saúde, as que evidenciaram, comparativamente, resultados com maiores diferenças entre os dois grupos são as que se referem a crenças sobre: Benefícios/Custos; Consequências; e Auto-eficácia.

Em relação aos Benefício/Custos, foram os custos dos medicamentos o determinante mais apontado pelos doentes que não aderem. Principalmente do Plavix^R foi apontado como causa de abandono, tendo mesmo alguns doentes deixado de realizar as prescrições terapêuticas devido a condições financeiras.. Nesta dimensão foram no entanto ainda registadas diferenças importantes entre os dois grupos relativamente a crenças sobre a eficácia do tratamento, tendo os doentes que não aderem referido perceber o tratamento como menos eficaz. Esta avaliação é feita com base em expectativas de cura - neste caso o tratamento não cura e é, portanto, avaliado como não eficaz;- ou em expectativas de melhorias efectivas, o que é também difícil de ser avaliado por se tratar de uma situação clínica com pouca sintomatologia. Deste modo os fundamentos utilizados por estes doentes remetem, mais uma vez, para a necessidade de melhor informação em relação a estes aspectos. Ainda nesta dimensão são relevantes as crenças dos doentes quanto aos efeitos secundários do tratamento, muito referidos pelos doentes que não aderem.

Na dimensão das consequências concluiu-se que, comparativamente, os doentes que desvalorizam as consequências negativas da situação clínica pertencem ao grupo dos que não aderem. Para estes, as consequências como, por exemplo, recidivas de enfarte, são avaliadas ou como inevitáveis ou atribuídas a aspectos que não derivam do tratamento, como características de personalidade ou a idade. Nesta dimensão, os resultados do presente estudo evidenciaram ainda que alguns dos doentes pertencentes ao grupo dos que não aderem expressavam algum pessimismo, cansaço em relação ao tratamento e desvalorização da vida. Estas verbalizações sugerem estados deprimidos que deverão ser considerados. Na realidade foi bem patente nas respostas às questões abertas que o optimismo e a vontade de viver são um determinante importante de adesão dos doentes que seguem o tratamento.

Quanto à auto-eficácia, os resultados, ainda que não apresentando diferenças muito significativas entre os dois grupos, sugerem que os doentes que não aderem não os que percebem menor auto-eficácia, assim como menor suporte social.

A dimensão vulnerabilidade revelou-se importante pelas razões apresentadas pelos doentes para a sua avaliação. Contrariando as conclusões da maioria dos estudos encontrados na literatura, na presente investigação foram os doentes que não seguem o tratamento os que referiam maior vulnerabilidade. No entanto, quando questionados acerca da razão da sua resposta foi possível

identificar que, para os doentes que aderem, o tratamento é uma forma de contrariar a vulnerabilidade e afastar o risco de agravamento da sua situação clínica. Como já referido para os doentes que não aderem esse agravamento acontece independentemente do tratamento, devido a factores que não são modificáveis, como a idade, *stress* de vida, ou traços de personalidade.

Por último as questões abertas revelaram dados complementares que a ser inseridos nesta conclusão. Deste modo, os doentes relataram como causas importantes que levam à não adesão ao tratamento: saturação da doença; falta de vontade de viver; falta de apoio social e familiar; o custo dos medicamentos; o esquecimento associado ao que foi referido como desmazelo ou pouca responsabilização; os efeitos secundários do tratamento; problemas familiares; não compreensão do tratamento; ausência de sintomas; dificuldade de acesso às consultas e falta de organização dos serviços. Perante estas causas, os doentes caracterizados como não aderentes, referem necessitar de maior acompanhamento e monitorização por parte dos serviços de saúde e de uma comunicação mais efectiva pela equipa de saúde. A ajuda económica foi mais uma vez, alvo de solicitação devido ao custo dos medicamentos. Já os doentes que aderem cumprem o tratamento sem erros, pois apresentam um bom suporte familiar. Referem a vontade de viver, o medo de sofrer e de morrer, bons motivos para não abandonarem o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde.

Este estudo tem limitações que devem ser consideradas. Assim, a dimensão da amostra não permite a extrapolação dos dados devendo os resultados ser entendidos para estes participantes e as conclusões deste estudo ser consideradas como orientações. Ainda, por necessidade de homogeneidade na amostra quanto aos aspectos demográficos, indispensável para a avaliação das crenças sem interferência de outras variáveis (*e.g.* como idade ou género), não foi possível fazer-se correlações que poderiam trazer mais resultados.

Das dificuldades encontradas na realização do estudo destaca-se a falta de organização de dados referentes ao sector de Hemodinâmica do serviço onde o estudo decorreu, a qual exigiu um esforço adicional dos elementos da equipa de saúde que auxiliaram na constituição das amostras. Na realidade este sector não possuía ainda uma base de dados, onde com facilidade se pudesse adquirir dados clínicos dos doentes que realizam cateterismo cardíaco. Esta dificuldade encontrada fez com que neste momento já exista um esboço de uma base de dados neste sector. Para além desta dificuldade, a renitência apresentada pelos doentes caracterizados como não aderentes, também foi sentida, tendo sido contornada pela eficaz comunicação entre a autora e os doentes aquando do pedido de autorização para a realização das entrevistas.

A conclusões da presente investigação orientam para algumas necessidades no cuidado a estes doentes, tendo a enfermagem um papel preponderante na diminuição de não adesão à terapêutica. É o enfermeiro, o primeiro profissional de saúde a contactar com o doente aquando da admissão para a realização de cateterismo e é também, o enfermeiro que faz o acolhimento e explica ao pormenor o exame a realizar. Este entra com o doente para a sala de hemodinâmica acompanhando-o até ao fim do procedimento e continua a cuidar do doente durante a sua

recuperação, no recobro até ao momento da alta. Resumindo, é o enfermeiro que tem um papel preponderante para a continuidade dos cuidados, através dos ensinamentos realizados ao doente internado e aquando da programação da alta, podendo entregar folhetos, livros e vídeos de esclarecimento de dúvidas, de modo a diminuir os casos de insucesso a nível da recuperação e adesão à terapêutica.

Para além dos ensinamentos a nível do internamento, o desenvolvimento de uma consulta de *follow-up*, com encaminhamento para as diversas valências, a doentes com *stent* coronário, com tratamento de medicação antiagregante plaquetária, seria de uma importância extrema, na prevenção do problema detectado, promovendo ao doente um espaço adequado e tempo para a colocação de dúvidas que surgem no domicílio.

No entanto, para que o encaminhamento do doente e sua educação seja realizada da melhor forma, e com efeitos positivos, é necessário alertar e promover a formação dos profissionais de saúde, na área da adesão terapêutica. O facto de o profissional de saúde, que está em contacto com o doente, estar desperto para os determinantes de não adesão, leva a que haja uma maior intervenção terapêutica, durante a relação profissional de saúde - doente.

Torna-se neste sentido, necessário um investimento a nível da relação terapêutica entre doente e profissionais de saúde, de modo existir transmissão de informação adequada e necessária ao comportamento adequado do doente. Percebendo os determinantes cognitivos, dificuldades e dúvidas dos doentes, os profissionais de saúde são a ponte para uma boa adesão terapêutica, através da educação para a saúde e interacção das várias valências (*e.g.* enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais). As conclusões deste estudo poderão assim, ajudar a criar soluções de forma a melhorar, não só o sector económico, através da diminuição de internamentos e de cateterismos realizados, como também a qualidade de vida do doente.

Neste sentido, com a realização desta investigação prevê-se conseguir implementar novas ideias e projectos no serviço em causa, de modo a poder melhorar a gestão de qualidade dos cuidados e também de custos do mesmo, pondo em prática as premissas da governança clínica.

Este estudo constituiu um desafio para a autora. Como todos os desafios teve momentos de grande satisfação e outros de maior desânimo. Pode no entanto afirmar-se que os objectivos propostos foram alcançados e o estudo proporcionou a possibilidade do avanço do conhecimento numa área que era já considerada como muito importante no cuidado dos doentes, e na organização dos serviços. Agora, em tempo de conclusões, emergem novos desafios e novos objectivos. Pergunta-se como implementar as conclusões do estudo? O que pensam os profissionais que cuidam destes doentes? Como se poderá alargar este conhecimento?.

Uma certeza “*A má qualidade dos serviços de saúde numa unidade de saúde tem implicações para os doentes, profissionais de saúde e significa mais custos.*” (in Rocha , 2006, p116)

BIBLIOGRAFIA

- Aalto, A & Uutela, A. (1997). Glycemic Control, Self-Care Behaviors, and Psychosocial Factors Among Insulin Treated Diabetics: A test of na Extended Health Belief Model. *International Journal of Beahvioral Medicine*, 4(3), 191-214.
- AbuSABHA, R. & Achterber, C. (1997). Review of Self-Efficacy and Locus-Control for Nutrition – and Health – Related Behavior. *Journal of the American Dietetic Association*, 97 (10), 1122-1132.
- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Afonso, G. (2006, Junho). Estratégias para a qualidade e segurança nos hospitais. *Qualidade em Saúde*, 14, 30-36.
- Andall, E. (2006). Compliance: Helping patients help themselves. *Clinician Reviews*, 16 (3), 23-25
- Bagchi, A., Esposito, D., Kim, M., Verdier, J., Bencio, D. (2007). Utilization of, Adherence to, Drug Therapy Among Medicaid Beneficiaries with congestive Heart Failure. *Clinical Therapeutics*, 29(8), 1771-1783.
- Bandura, A. (1986) *Social Foundantions of Thought & Action – A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Becker, M. & Maiman, L. (1975) Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Bell, R. & Kravitz, R. (2008). Physician counseling for hypertension: What do doctors really do?. *Pacient Edication and Counseling*, 72, 115-121.
- Berlant, N. & Pruitt, S. (2003). *The Health Psychology Handbook*. (Cohen, L., Machargve, D. & Collins, F.). Stillwater: Sage Publications, pp. 208-224.
- Bond, G., Aiken, L & Somerville S. (1992). The health belief model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health psychology: Official Journal of the division of health psychology , American Phychological Association*, 11 (3), 190-198.

Brocki, J. & Wearden, A. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology and Health*, 21(1), 87-108.

Brownlee-Duffeck, M. et al. (1987). The Role of *Health Beliefs* in the Regimen Adherence and Metabolic Control of Adolescents and Adults with Diabetes Mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 139-144.

Bugada, H. (2005). Pilares fundamentais da “Clinical Governance”. Pesquisado a Janeiro de 2010 in www.spgsaúde.pt

Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa, Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência – Faculdade de Medicina de Lisboa.

Buglar, M., White, K. & Robinson, N. (2010). The role of self-efficacy in dental patients’ brushing and flossing: testing an extended health belief model. *Patient Education & Counseling*, 78 (2), 269-272.

Burgoon, M. (1996). (Non)Compliance with disease prevention and control messages: Communication correlates and psychological predictors. *Journal of Health Psychology*, 1(3).

Cabral, M., & Silva, P. (2010). A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. *Simpósio realizado pela Apifarma sobre “Adesão à terapêutica”*. Sala Luís Freitas Branco: Centro Cultural de Belém – Lisboa.

Cardoso, M. (2005) Governação Clínica, um conceito a reter. *Qualidade em Saúde*, 13, 31-32.

Carney, R., Fitzsimons, D. & Dempste, M. (2002). Why people experiencing acute myocardial infarction delay seeking medical assistance. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(4), 237-24.

Carpenter, R. (2005). Perceived threat in compliance and adherence research. *Nursing Inquiry* 12(3), 192–199.

Chesney, M. (200). Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Disease*, 30 (2), 171-176

Christensen, A. & Ehlers, S. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioural medicine research. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70, 712-724.

Collière, M. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

Delamater, A. (2006). Improving Patient adherence. *Clinical Diabetes*, 24 (2), 71-72, 75-77.

- Dilorio, C., McCarty, M., Depadilla, L., Resnicow, K., Holstad, M., Yeager, K., et al. (2009). Adherence to antiretroviral medication regimens: a test of a psychosocial model. *AIDS Behavior*, 13(1), 10-22.
- DiMatteo, M., Teiter, R. & Gambone, J. (1994). Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice. *Health Communication*, 6, 253-265.
- DiMatteo, M., Lepper, H. & Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives Internal Medicine*, 160, 2101-2107.
- DiMatteo, M. (2004). Evidence-based strategies to foster adherence and improve patient outcomes. *JAAPA*, 17, 18-21.
- DiMatteo, M. (2004b.). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42, 200-209.
- DiMatteo, M., Haskard, K. & Williams S. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Medical Care*, 45(6), 521-528.
- D'inca, R., Bertomoro, P., Vettorato, K. & Sturniolo, R. (2008). Risk factors for non-adherence to medication in inflammatory bowel disease patients. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 27, 166-172.
- Donovan, J. (1995). Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 11, 443-445.
- Dunbar-Jacob, J., Bohachick, P., Mortimer, M., Sereika, S. & Foley, S.(2003). Medication Adherence in Persons with Cardiovascular Disease. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(3), 209-218.
- Dunbar-Jacob, J. & Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54 (1), 557-560.
- Dunbar-Jacob, J. & Schlenk, E. (1996). *Health Psychology Through the life span: Practice and research opportunities*. (Resnick & Rozensky). Washington DC, USA, American Psychological Association, pp. 323-343.
- Duvalco, K., Sherar, M. & Sawka, C. (2009). Creating a system for performance improvement in cancer care: Cancer Care Ontario's Clinical Governance Framework. *Cancer Control*, 16(4), 293-302.
- Eisen, S. Miller, D., Woodward, R., Spitznagel, E. & Przybeck, T. (1990). The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance. *Archive of internal medicine*, 150 (9), 1881-1884.

- Eisenstein, E., Ansthom, K., Kong, D., Shaw, L., Tuttle, R., Mark, D, et al. (2007). Clopidogrel use and long-term clinical outcomes after drug-eluting stent implantation. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26(2), 307-308.
- Elliot, W, Maddy, R., Toto, R. & Bakris G. (2000). Hypertension in patients with diabetes. Overcoming barriers to effective control. *Postgrad Med*, 107, 29-32.
- Elliott, J., Jacobson, M. & Seals, B. (2006). Self-efficacy, Knowledge, health beliefs, quality of life, and stigma in relation to osteoprotective behaviors in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 9(3), 478-491.
- Ferreira, P & Seco, O. (1993, Junho). Algumas estratégias para a melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde. *Revista Critica de Ciências Sociais*, 37, 159-172.
- Fincham, J. & Wertheimer, A.(1985). Using the belief model to predict initial drug therapy defaulting. *Social Science & Medicine*, 20(1), 101-105.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- França, M. (2005, Dezembro). Qualidade e Segurança do doente na ordem do dia. *Qualidade em saúde*, 13, 23-25.
- Frederico, M. & Leitão, M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Gask, L., Rogers, A., Campbell, S. & Sheaff, R. (2008, Março). Beyond the limits of clinical governance? The case of mental health in English primary care. *BMC Health Services*. 26, 8-63.
- Geest, S., Dobbels, F., Fluri, C., Paris, W. & Troosters, T. (2005). Adherence to the therapeutic regimen in heart, lung, and heart-lung transplant recipients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(55), 588-598.
- George, J & Shalansky, S. (2006). Predictors of refill non-adherence in patients with heart failure. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 63(4), 488-493.
- Gerarda, C. & Cullen, R. (2004). Clinical governance leads: roles and responsibilities. *Quality in Primary Care*, 12, 13-18.
- Gillibrand, R. & Stevenson, J. (2006). The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *British Journal of Health Psychology*, 11, 155-169.
- Goodman, N. (2009). Clinical Governance. International Congress on Peer Review and Biomedical Publication. Vancouver, BC, Canadá. Pesquisado a Janeiro de 2010 in www.jama-peer.org

- Grouve, E. & Kristensen, S. (2007). Stent thrombosis: definitions, mechanisms and prevention. *E-Journal of Cardiology Practice*, 32 (5).
- Gu, W., Wang, X. & McGregor, S. (2010). Optimization of preventive health care facility locations. *International Journal Health Geographic*, 9(1), 17.
- Hahn, S. (2009). Patient-centered communication to assess and enhance patient adherence to glaucoma medication. *Ophthalmology*, 116(11 Suppl), 37-42.
- Haynes, B. Taylor, D. & Sackett, D. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore. The John Hopkins University Press.
- Harrison, J., Mullen, P. & Green, L. (1992). A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Education Research*, 7(1), 107-116.
- Iakovou, I., Mehran, R. & Dangas, G. (2006) Thrombosis After Implantation of Drug-Elutins Stent. *Hellenic Journal of Cardiology*, 47, 31-38.
- Infarmed (2009) *Prontuário Terapêutico*. Ministério da Saúde.
- Jahng, K., Martin, L., Golin, C. & DiMatteo, M. (2005). Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient Education and Counseling*, 57 (3), 308-314.
- Kane, S., Huo, D., Aikens, J. & Hanauer, S. (2003). Medication nonadherence and the outcomes of patients with quiescent ulcerative colitis. *American Journal of Medicine*, 114, 39-43.
- Katz, A. & Mishler, E. (2003). Close encounters: Exemplars of process-oriented qualitative research in health care. *Qualitative Research*, 3, 35-56.
- Klomp, J & Haan, J. (2008). Effectes of Governance on Health: A Cross-National Analysis of 101 Countries. *KYKLOS*, 61(4), 599-614.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leahne, E & McCarthy, G. (2009). Medication non-adherence – exploring the conceptual mire. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 25-31.
- Li, B., Brown, W., Ampil, F., Burton, G., Yu, H. & McDonald, J. (2000). Patient compliance is critical for equivalent clinical outcomes for breast cancer treated by breast-conservation therapy. *Annals of Surgery*, 231, 883-889.
- Lipman, B & Cascio, T. (2001). *ECG – Avaliação e Interpretação*. Loures: Lusociência.
- McCann, T., Clark, E. & Lu, S. (2008). The self-efficacy of medication adherence in chronic mental illness. *The journal of Clinical Nursing*, 17(11), 329-340.

McDermott, M., Schmitt, B. & Wallner, E. (1997). Impact of medication nonadherence on coronary heart disease outcomes. A critical review. *Archives of Internal Medicine*, 157, 1921-1929

Magretta, J. (2004, Julho). Gestão: a disciplina universal. *Exame*, pp 86-90.

Martin, L., Williams, S., Haskard, K. & DiMatteo, M. (2005). The Challenge of Patient Adherence. *Therapeutics and Clinical Rosck Management*, 1(3), 189-199.

Maswanya, E., Brown, G. & Merriman, G. (2009). Attitudes and Beliefs about HIV/AIDS behavior and education among Tanzanian youth. *Sexual Health*, 6(4), 293-299.

Mauri, L., Hsieh, W. & Cutlip, D. (2007). Estudo: Trombose do Stent em Estudos Clínicos Randomizados de Stents com Eluição de Fármacos. Pesquisado em Outubro de 2008 in http://www.sbhci.org.br/esquina_cientifica/artigos/artigo_trombose_stent.asp

Mauri, L., Hsieh, W., Massaro, J., Ho, K., D'Agostino, R. & Cutlip, D. (2008). Stent thrombosis in Randomized clinical trials of Drug-Eluting Stents. *The New England Journal of Medicine*, 356 (10), 1020-1029.

Mirotnik, J. & Feldman, L. (1995) The health belief model and adherence wuith a community center-based, supervised coronary heart...*Journal of Community Health*, 20 (3), p233.

Mollin, M. (2003). Delivering Excellence in Health and Social Care. Buckingham: Open University Press, 50(5), 41-52.

Morris, L. & Schulz, R. (1992). Patient compliance: an overview. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 17, 183-195.

Morris, C. & Chen, F. (2009). Training residents in community centers: facilitators and barriers. *Annals Family Medicine*, 7(6), 488-494.

Mudge, A., Denaro, C., Scott, I., Bennett, C., Hickey, A. & Jones, M. (2010). The paradox of readmission: effect of a quality improvement program in hospitalized patients with heart failure. *Journal of Hospital Medicine*, 5(3), 148-153.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Oldridge, N. & Streiner, D. (1990). The Health Belief Model: predicting compliance and dropout in cardiac rehabilitation. *Medicine & Science in Sports Exercise*, 22(5), 678-683.

Olowookere, S., Fatiregun, A., Akinyemi, J., Bamgboye, A. & Osagbemi, G. (2008). Prevalence and determinants of noadherence to highly active antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in Ibadan, Nigéria. *Journal of Infection in Developing Countries*, 2(5), 369-372.

- Olsen, S., Smith, S. & Oei, T. (2008). Adherence to continuous positive airway pressure therapy in obstructive sleep apnoea sufferers: a theoretical approach to treatment adherence and intervention. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1355-1371.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001, Dezembro). Divulgar – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Consultado em Dezembro de 2008 in www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros. (2006, Abril). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Pesquisado a Dezembro de 2008 in www.ordemenfermeiros.pt
- O'Rourke, R., Fuster, V., Alexander, R., Roberts R., King Lii, S., Wellens, H. (2002). *O Coração: Manual de Cardiologia*. Lisboa: McGrawHill.
- Pereira, H. (2007). Utilização de *stents* farmacoactivos no enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26(3), 225-232.
- Peterson, A., Takiya, L. & Finley, R. (2003). Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *American Journal of Health System Pharmacology*, 60(1), 657–665.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusodidacta
- Phipps, W., Cassmeyer, V., Sands, J. & Lehman, M. (1996). *Manual Clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Phipps, W., Cassmeyer, V., Sands, J. & Lehman, M. (1999). *Manual Clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Vol I. Lisboa: Lusodidacta.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Rocha, J. (2006). *Gestão da qualidade: Aplicação aos Serviços Públicos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Rolley, J., Davidson, P., Dennison, C., Ong, A., Everett, B. & Salamonson, Y. (2008). Medication adherence Self-report Instruments. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23 (6), 497-505..
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rosenstock, I., Strecher, V. & Becker, M. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175-183.
- Rotter, J. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall
- Rotter, J. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a Variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.

- Sajatovic, M., Ignacio, R., West, J., Cassidy, K., Safavi, R., Kilbourne, et al. (2009). Predictors of no adherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 100-107.
- Santos, M. (2005). Adesão em Pediatria – Do Modelo Biomédico ao Modelo Transaccional: Contribuições para a Intervenção dos Profissionais de Saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (2), 145-156.
- Santos, M. (2010). *Vivência Parental da Doença Crónica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (1997). *Anatomia & Fisiologia*. Lisboa: Lusodidacta.
- Shargie, E. & Lindtjern B. (2007, Fevereiro). Determinants of Treatment Adherence Among Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis Patient in Southern Ethiopia. *Plos Medicine*, pp. 280-286.
- Shelenk, E., Dunbar-Jacob, J. & Engberg, S. (2004, Julho). Medication Non-Adherence among Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, pp. 33-43.
- Sirur, R., Richardson, J., Wishart, L. & Hanna, S. (2009). The Role of Theory in Increasing Adherence to Prescribed Practice. *Physiother Can*, 61, 68-77.
- Starey, N. (2001) What is clinical governance?. *Hayward Medical*, 1(12), 1-8.
- Sullivan, K., White, K., Young, R., Chang, A., Roos, C. & Scott, C. (2008). Predictors of intention to reduce stroke risk among people at risk of stroke: An application of an Extended Health Belief Model. *Rehabilitation Psychology*, 53(4), 505-512
- Sun, X., Guo, Y. & Sun, J. (2009). Validation of the integration of Health Belief Model and planne behavior theory. *Beijing Da Xue Xue Bao*, 41(2), 129-134.
- Tavafian, S., Hasani, L., Aghamolaei, T., Zare, S. & Gregory, D. (2009, Dezembro). Prediction of breast self-examination in a sample of Iranian women: an application of the Health Belief Model. *BMC Womens Health*, 29, 9-37.
- Telles-Correira, D., Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E. & Monteiro, E. (2007). Adesão nos doentes transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 73-85.
- Treharne, G., Lyons, A., Hale, E., Douglas, M., & Kitas, G. (2006). “Compliance” is futile but is “concordance” between rheumatology patients and health professionals attainable?. *Rheumatology*, 45(1), 1–5.
- USDHHS – US Department of Health and Human Services (2000). Healthy People 2010, understanding and improving health: objective for improving health. Consultado em Fevereiro de 2010 in www.healthpeople.gov/document/pdf/Volume1/11Healthcom.pdf

Valquez, J., Rodriguez, C., Alvarez, M. (1997). *Manual de Psicología de la Salud: Los problemas de la adhesión*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Varni, J., Wallander, J. (1984). Adherence to health – related regimens in pediatric chronic disorders. *Clinical Psychology Review*. 4, 585 – 596.

Vermeire, E., Hearnshaw, H., Royen, V. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.

Wahl, C., Gregoire, J., Teo, K., Beaulieu, M., Labelle, S., Leduc, B. et. al. (2005). Concordance, Compliance and Adherence in Healthcare: Closing Gaps and Improving Outcomes. *Healthcare Quarterly*, 8(1), 65-70.

Wal, M. & Jaarsma, T. (2008, Novembro), Adherence in heart failure in the elderly: Problem and possible solutions. *International Journal of Cardiology*. 125, 203-208.

WHO (2002). *Cardiovascular Death and Disability can be reduced more than 50 percent*. Pesquisado a Março de 2010 in www.who.int

WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO.

Williams, M., Parker, R., Baker, D., Parikh, N., Pitkin, K., Coates, W. et al (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA*, 274, 1677-1682.

Ye, X., Gross, C., Schommer, J., Cline, R. & Peter, W. (2007). Association Between Copayment and Adherence to Statin Treatment Initiated After Coronary Heart Disease Hospitalization: A Longitudinal, Retrospective, Cohort Study. *Clinical Therapeutics*, 29, 2148-2757.

Zolnierek, K. B. & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834.