

DETERMINANTES DE ADESÃO EM DOENTES SUBMETIDOS A ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAR PERCUTÂNEA CORONÁRIA

C. Páscoa¹ & M. C. Santos² (margarida.santos@estesl.ipl.pt)

1- Centro Hospitalar Lisboa Norte, Portugal; 2- Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

RESUMO- A morte associada a enfarte agudo do miocárdio (EAM) acontece com prevalência elevada em doentes submetidos a Angioplastia Transluminal Percutânea Coronária (PTCA) com confirmada não adesão à terapêutica antiagregante plaquetária.

Este estudo teve como objetivo geral a identificação de determinantes de adesão ao tratamento em doentes pós cateterismo com colocação de *stent*. A amostra foi constituída por dois grupos de doentes com comportamentos diferentes de adesão. Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, elaborada a partir das dimensões do Modelo de Crenças de Saúde (HBM) e completada com três outras dimensões: conhecimento da doença; relação com os profissionais de saúde; e avaliação da adequação da informação recebida.

Os resultados apontam diferenças entre os dois grupos nas dimensões: custos/benefícios, percepção de consequências, auto-eficácia e ainda nas dimensões: conhecimento da doença, relação com os profissionais e avaliação da adequação da informação recebida. Da análise de conteúdo do discurso dos doentes emergiu a dimensão estado emocional.

Estes resultados reforçam a importância de intervenções centradas nas crenças dos doentes e no seu envolvimento no tratamento como forma de promoção da adesão às prescrições de tratamento.

Palavras-chave- Adesão; Angioplastia Transluminal Percutânea Coronária; Modelo de Crenças de Saúde; Doentes cardíacos.

DETERMINANTS OF ADHERENCE IN CARDIAC PATIENTS AFTER PERCUTANEOUS TRANSLUMINAR CORONARY ANGIOPLASTY (PTCA)

ABSTRACT- Non adherence to treatment recommendations is an important cause of adverse outcomes and high mortality rates in patients with Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA). The aim of this study was to identify determinants of non adherence in patients after PTCA procedures. Two groups of patients ($n=21$) with different adherence behavior participated in this qualitative study. A semi-structured interview, based on the Health Belief Model (HBM) was conducted and three other dimensions were included, namely: patient knowledge about their clinical problem and treatment recommendation; patient beliefs about their interaction with health providers; and patient beliefs about the adequacy of treatment information, given at the discharged from hospital. Differences were found between the two groups in the HBM dimensions: perceived benefits; perceived costs and self-efficacy. Adherent and non adherent patients also showed differences in their understanding of the treatment and in the way they evaluated the amount and quality of information received. Depressive humor emerged as an important determinant of non adherence. These results highlight the relevance of attending to patients beliefs as an important step to promote adherence.

Keywords- Adherence; Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty; Health Belief Model; Cardiac patients.

Recebido em 27 de Julho de 2011/ Aceite em 10 de Novembro de 2012

A doença crónica é por definição uma situação clínica tratável mas não curável, sendo a sua evolução largamente determinada pelo comportamento do doente em relação ao tratamento (WHO, 2003). Segundo um vasto número de estudos, a forma como o doente lida com a doença e com as indicações terapêuticas é um fator determinante da sua qualidade de vida e da prevenção da morbilidade e mortalidade (Simpson, et al., 2006).

As doenças cardiovasculares estão incluídas no grupo das doenças crónicas e estudos epidemiológicos recentes apontam-nas como das mais frequentes causas de morte em Portugal, com cerca de 40% dos óbitos registados (Portal da Saúde, 2010). De entre as diversas patologias cardíacas, o enfarte agudo do miocárdio (EAM) é das patologias que apresenta uma taxa de incidência mais elevada, com cerca de 12 milhões de mortes por ano (WHO, 2002).

Um dos tratamentos eletivos do EAM é a Angioplastia Transluminal Percutânea Coronária. Este procedimento tem como frequente complicação clínica a trombose *intra-stent*, que consiste na oclusão súbita dos *stents* coronários por formação de trombos no seu interior. Esta complicação pode ter, como consequência, a morte súbita em 20 a 40% dos casos ou a recidiva de EAM (Iakovou, Mehran, & Dangas 2006; Mauri, Hsieh, & Cutlip, 2007).

A prevenção da trombose *intra-stent* é feita através da administração de terapêutica antiagregante plaquetária (Eisenstein, et al., 2007; Elliot, Maddy, Toto, & Bakris, 2000). A combinação que tem provado ser mais eficaz é a associação de aspirina e clopidogrel e, por vezes, a ticlopidina. De acordo com alguns estudos, o clopidogrel deve ser administrado, no mínimo, durante um ano e a aspirina não pode deixar de ser prescrita (Mauri, Hsieh, & Cutlip, 2007).

A evidência científica da importância da medicação na prevenção da trombose *intra-stent* nem sempre se tem traduzido em adesão ao tratamento e estudos recentes têm concluído que frequentemente os doentes não cumprem a terapêutica antiagregante plaquetária, potenciando, assim, um elevado número de eventos de trombose (Grove, & Kristensen 2007; Iakovou, Mehran, & Dangas, 2006).

A definição de adesão foi inicialmente apresentada por Haynes, Taylor e Sackett (1979) que utilizaram o termo *compliance* para referir o grau em que os comportamentos do doente estão de acordo (i.e., seguem) com as recomendações prescritas pelo especialista. Com a emergência do modelo biopsicossocial, esta definição foi criticada por ser centrada exclusivamente na perspetiva do profissional de saúde e pelo papel passivo atribuído ao doente (Vermeire, Hearnshaw, Royen, & Denekens, 2001) e a adesão passou a ser entendida como um processo que integra aspectos psicossociais, como as crenças, as preferências e escolhas do doente (DiMatteo, Haskard, & Williams, 2007; Ross, Walker, & MacLeod, 2004).

Nos últimos anos, Treharne, Lyons, Hale, Douglas e Kitas (2006) propuseram o termo *concordance* defendendo que a adesão resulta de um processo comunicacional entre os profissionais de saúde e o doente, o que implica não só um acordo quanto ao tratamento mas também a mútua responsabilização pela sua implementação. A adesão passa, assim, a ser compreendida como um processo dinâmico e dialético que acontece ao longo de toda a

história clínica do doente e que resulta de uma multiplicidade de determinantes individuais, sociais e contextuais, incluindo, nestas últimas, o próprio processo terapêutico.

Apesar de não ser um problema recente – Hipócrates já terá alertado os seus discípulos para a possibilidade dos doentes “mentirem” quando dizem que tomaram certos medicamentos (Burgoon, Buller, & Woodall, 1996) – e contar com um corpo vasto de investigação, a adesão à terapêutica continua a ser considerada como um problema mal compreendido, muito associada ao aumento de morbilidade e mortalidade dos doentes (Gehi, Ali, Na, & Whooley, 2007; Nelson, Reid, Ryan, Willson, & Yelland, 2006; Simpson, et al., 2006) e a custos elevados para o sistema de saúde (Di Matteo, 2004; Sokol, McGuigan, Verbrugge, & Epstein, 2005). A não adesão tem ainda sido considerada um sério obstáculo no tratamento de doenças e na erradicação de algumas das patologias mais graves que afetam a Humanidade (Wahl, et al., 2005; WHO, 2003).

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 de aspetos relacionados com a doença, com o doente e sua família ou com o contexto (e.g., relação com os profissionais de saúde). 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.

Ainda que o problema de não adesão seja abrangente, é nos doentes crónicos que se constata maior taxa de não adesão à terapêutica (Frishman, 2007; Zolnierok, & DiMatteo, 2009).

Especificamente em relação a doentes cardíacos, a não adesão ao tratamento é hoje um foco de investigações multidisciplinares e os resultados destes estudos têm concluído índices elevados de não adesão em áreas tão diversas como as prescrições farmacológicas (valores de não adesão entre 31% a 58%), presença em consultas de follow-up (entre 16% e 84%) ou recomendações de dieta (entre 13% e 76%) (Evangalista, Doering, Dracup, Westlake, Hamilton, & Fonarow, 2003; Gehi, Ali, Na, & Whooley, 2007).

Num estudo apresentado por Kramer, et al., (2006), baseado nos registos de mais de 17.000 doentes a quem tinham sido receitados β -bloqueadores depois de enfarte do miocárdio, os autores verificaram que apenas 45% aderiam ao tratamento um ano após o seu início. Resultados similares (60% de não adesão) foram encontrados por Jackevicius, Mamdani e Tu (2002) em relação à prescrição de estatina em doentes pós enfarte do miocárdio. A não adesão destes doentes foi apontada como um determinante importante de hospitalização devido a falhas cardíacas (Ashton, Kuykendall, Johnson, Wray, & Wu, 1995; Ho, Bryason, & Rumsfeld, 2009; Leventhal, Riegel, Carlson, & DeGeest, 2005;) e do aumento de taxas de mortalidade (Ho, et al., 2006; Horwitz, et al., 1990). Em relação ao aumento de mortalidade, o estudo de Rasmussen, Chong e Alter (2007), com 31.455 doentes pós enfarte do miocárdio, verificou que, após um ano, os doentes com níveis menos elevados de adesão ao tratamento farmacológico tinham um risco 25% mais elevado de mortalidade.

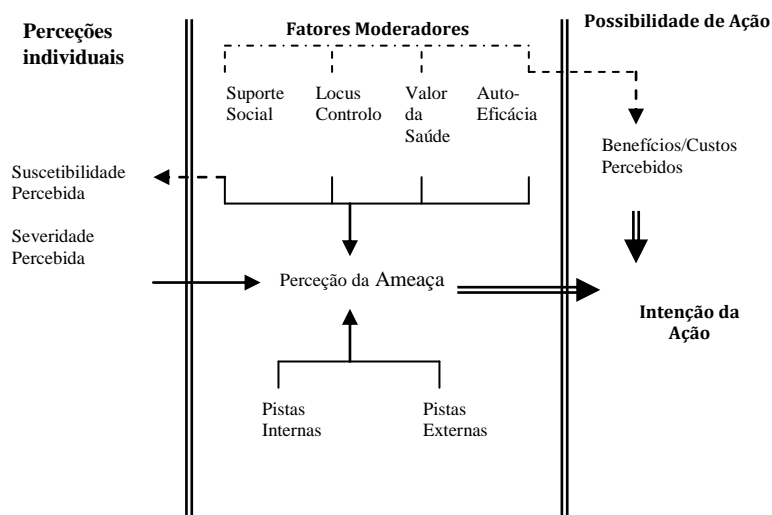
A explicação da não adesão dos doentes ao tratamento recomendado pelos especialistas tem sido foco não só de inúmeros estudos empíricos, como também do desenvolvimento de modelos que, ao longo dos últimos 50 anos, tentaram integrar determinantes e clarificar processos que permitam perceber o comportamento dos doentes e prever situações de risco.

De entre esses modelos, o Health Belief Model (HBM) (Rosenstock, 1974) tem sido amplamente utilizado como referência de investigações sobre o comportamento de não adesão a medidas preventivas de doença, a rastreios e exames de rotina ou a consultas e/ou a tratamentos médicos (Sirur, Richardson, Wishart, & Hanna, 2009; Sullivan, White, Young, Chang, Roos, & Scott, 2008).

Este modelo defende que o comportamento de adesão é determinado pelas crenças do doente em relação a cinco dimensões: a) a vulnerabilidade percebida (i.e., as crenças individuais em relação ao risco de ter ou vir a desenvolver doença); b) a severidade percebida (i.e., as crenças individuais relativas à gravidade da doença e das suas consequências); c) os benefícios percebidos (i.e., as crenças individuais sobre os benefícios do comportamento de adesão); d) as barreiras percebidas (i.e., as crenças individuais em relação aos impedimentos de adesão ou de adoção de um determinado comportamento) que podem ser psicológicas, como a dor, ou práticas, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde; e e) pistas para a acção (i.e., pistas internas como sintomas ou pistas externas como a pressão de familiares ou de amigos ou a influência dos profissionais de saúde).

O HBM tem vindo a sofrer modificações ao longo do tempo e, recentemente, Aalto e Uutela apresentaram o “Extend Health Belief Model” (Aalto, & Uutela, 1997) (Fig. 1), incluindo, no modelo inicial, variáveis como o suporte social (i.e., o apoio de familiares amigos ou de outros); a autoeficácia (i.e., a atribuição pessoal de competência para a realização do tratamento); o locus de controlo (i.e., a atribuição pessoal de competência para a regulação da própria vida); e o valor da saúde, (i.e., o grau em que o indivíduo valoriza o seu bem-estar).

Figura 1: *Extended Health Belief Model* (Aalto & Uutela, 1997)



Estudos recentes demonstram a validade das dimensões que integram este modelo para a previsão da adesão ao tratamento num conjunto alargado de doenças crónicas (Sirur, Richardson, Wishart, & Hanna, 2009).

Na investigação realizada por Sullivan, White, Young, Chang, Roos, & Scott (2008), com doentes com patologia cardíaca em programas de reabilitação, os autores verificaram que a adesão a comportamentos de redução do risco de enfarte do miocárdio era essencialmente determinada pelas crenças individuais em relação a custos/benefícios do tratamento. A importância das crenças relativas a custos/benefícios do tratamento na adesão foi igualmente evidente no estudo de Olsen, Smith e Oei (2008), em que o HBM e essencialmente estas dimensões explicaram 21,8% da variância na adesão ao mecanismo de CPAP em doentes com apneia obstrutiva de sono.

Também em relação à toma dos medicamentos prescritos pelos especialistas, Mardbly, Akerlind e Jorgensen (2007), reforçando as conclusões de estudos anteriores (Horne, & Weinman, 1999), verificaram que, de uma amostra de 324 sujeitos, a adesão às prescrições era significativamente mais elevada nos sujeitos que referiam crenças mais positivas e menos negativas em relação aos medicamentos que faziam parte dessas prescrições.

Quanto à dimensão autoeficácia, um alargado número de estudos tornou evidente que a adesão ao tratamento fica comprometida quando o doente considera não ter competência para o realizar (Toh, Jackson, Gascard, Manning, & Tuck, 2010). A autoeficácia foi a determinante com valores de significância mais elevados no estudo de Hedge e Stallworthy (2000) sobre a adesão aos antirretrovirais em doentes do HIV, tendo o seu valor preditivo de intenção de adesão superado os verificados em dimensões como o “humor”, “efeitos secundários do tratamento”, estilos de coping ou outras dimensões do HBM. Reforçando estes resultados, Schweitzer, Head e Dwyer (2007), numa investigação com doentes cardíacos concluíram que a autoeficácia estava significativamente mais correlacionada com o comportamento de adesão do que as outras variáveis estudadas, como a ansiedade e a depressão.

Ainda que alguns estudos tenham encontrado resultados pouco consistentes em relação ao valor preditivo de adesão das crenças relativas à vulnerabilidade e severidade da doença, estas dimensões do HBM foram associadas a comportamentos de prevenção de patologias como a osteoporose (Wallace, 2002) ou de adesão a exames de rotina como a mamografia (Lila, Rutten, & Iannotti, 2003). Num estudo recente de meta-análise (DiMatteo, Haskard, & Williams, 2007), com o objetivo de analisar o *r side effects* e a relação entre a adesão e as crenças dos doentes quanto à severidade e vulnerabilidade percebidas, os autores concluíram que, na totalidade dos 27 artigos analisados, foi verificada a existência de correlação significativa entre as duas variáveis.

O suporte social é uma das dimensões que mais tem sido estudada e associada a índices elevados de adesão, à diminuição do tempo de recuperação e à manutenção da saúde (DiMatteo, 2004; Helgeson, & Cohen, 1996; Lett, Blumenthal, Babyak, Strauman, Robins, & Sherwood, 2005). Apesar de não existir ainda consenso quanto ao mecanismo de atuação dos vários tipos de suporte social (e.g., suporte emocional; suporte logístico; coesão familiar), os diversos estudos têm concluído que o suporte social exerce, por um lado, uma ação moderadora das reações emocionais dos doentes, contribuindo para a diminuição de estados de stresse e de depressão e para o aumento de sentimentos e comportamentos promotores de bem-estar (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000) e, por outro lado, medeia a mudança de estilos de vida e a adesão ao tratamento (Dunbar-Jacob, & Mortimer-Stephens, 2001). A este respeito, num estudo recente, Molloy, Perkins-Porras, Bhattacharyya, Strike e Steptoe (2008) concluíram que, independentemente da idade, género e severidade clínica, o suporte logístico

(i.e., practical support) era preditivo de adesão ao tratamento farmacológico e à reabilitação em doentes pós síndrome coronário agudo, um ano depois da alta hospitalar.

As relações que se estabelecem entre o doente e os profissionais de saúde representam um papel importante na adaptação do doente à doença e, evidentemente, na adesão ao tratamento. A relação positiva e a comunicação efetiva trazem ao doente não só a segurança indispensável para que relate as suas dificuldades em seguir o tratamento, como também possibilita o aumento de conhecimento do tratamento e dos seus benefícios. Uma relação de cooperação e parceria, em que o doente se sente envolvido nas decisões do tratamento, tem sido amplamente referida como facilitadora da compreensão do tratamento por parte do doente, da sua motivação e da responsabilização em seguir o tratamento acordado (Jahng, Martin, Golin, & DiMatteo, 2005; Martin, et al., 2003). Num estudo de revisão e meta-análise apresentado por Zolnierek e DiMatteo (2009), em que foram analisados 106 estudos correlacionais e 21 intervenções experimentais, os autores verificaram um risco acrescido de 19% de não adesão nos doentes que relataram ter uma comunicação “pobre” com o seu médico.

A importância da comunicação profissional de saúde-doente e da educação do doente/família sobre o tratamento tem sido amplamente referida na literatura e ficou bem patente nos resultados do programa de educação sobre o tratamento (uma hora de educação/informação ao paciente num modelo face-a-face (1-on-1) realizado por Koelling, Johnson, Cody e Aaronson (2005), em que entrevistaram médicos, enfermeiros e uma amostra de 223 doentes com indicação para alta hospitalar após patologia cardíaca. Comparando os resultados em termos taxas de re-hospitalização e de morte e ainda os gastos financeiros, seis meses após a alta, entre os doentes que participaram neste programa e o grupo de controlo (que apenas recebeu informação sobre a medicação em folhetos), os autores verificaram que os doentes do grupo experimental apresentaram 35% menos risco de re-hospitalização ou de morte e que os gastos com o seguimento destes doentes eram \$2823 mais baixos.

Das investigações apresentadas pode considerar-se que as dimensões do Modelo de Crenças de Saúde têm provado constituir uma base importante para o estudo dos comportamentos humanos relacionados com a saúde e poderem contribuir para o desenvolvimento de medidas para a promoção da adesão ao tratamento. Ainda que as doenças cardíacas tenham sido, como se referiu, alvo destas investigações, não foram, no entanto, encontrados na literatura estudos sobre as determinantes de adesão em doentes submetidos a PTCA e especificamente sobre a aplicação das dimensões do HBM na compreensão dos comportamentos de adesão destes doentes.

A investigação que aqui se apresenta teve como objetivo central Identificar as determinantes do comportamento de adesão ao tratamento em doentes submetidos a Angioplastia Transluminal Percutânea Coronária (PTCA).

MÉTODOS

Participantes

Neste estudo participaram 21 doentes seguidos em consulta de especialidade no Serviço de Cardiologia num Hospital Central de Lisboa. Entre 2004 e 2008 foram realizadas, em média, neste serviço 789.8 PTCA's por ano, das quais 11.8 por trombose intrastent. Segundo os dados clínicos recolhidos para esta investigação, em 95% dos casos as recidivas acontecem

por não adesão dos doentes à terapêutica antiagregante plaquetária que é prescrita após a realização de um primeiro cateterismo com PTCA.

Quadro 1 – Características sócio-demográficas da amostra

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS					
Amostra		Doentes que não aderem		Doentes que aderem	
		FR	%	FR	%
Sexo	Masculino	12	100	7	78
	Feminino	0	0	2	22
Raça	Caucasiana	10	83	8	89
	Negra	2	17	1	11
Escolaridade	<9º ano	8	69	7	78
	12 ano	2	23	1	11
	Licenciatura	1	8	1	11
Profissão	Técnico profissional	3	25	7	78
	Construção civil	5	42	0	0
	Motorista	1	8	0	0
	Comerciante	2	17	1	11
	Licenciado	1	8	0	0
	Doméstica	0	0	1	11
Estado civil	Solteiro	1	8	0	0
	Casado	9	75	8	89
	Divorciado	2	17	1	11
Agregado familiar	Sozinho	1	8	0	0
	Companheiro/a	6	51	6	67
	Companheiro/a e filhos	3	25	3	33
	Pais	1	8	0	0
	Institucionalizado	1	8	0	0

Indo ao encontro dos objetivos do estudo, a amostra (Quadro 1) foi constituída por duas subamostras que constituíram dois grupos: grupo A e grupo B. Para a constituição do grupo A foram contactados todos os doentes atendidos no serviço onde foi realizado o estudo e que, cumulativamente, (1) eram referidos pelo médico especialista que os acompanha como “doentes com evidência de não seguir a terapêutica recomendada” e (2) tinham faltado às duas últimas consultas de follow-up sem ter havido justificação de doença. Este grupo integrou inicialmente 56 doentes. Deste grupo inicial, 30 tinham falecido no momento da tentativa de primeiro contacto telefónico; 6 não demonstraram ter capacidade cognitiva para participar (e.g., idosos acamados e com sinais evidentes 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 de investigação com 12.

O grupo B foi constituído por todos os doentes que estiveram presentes na consulta de follow-up de PTCA entre os meses de outubro e dezembro de 2009 e que, cumulativamente, (1) eram referidos pelo médico assistente como “doentes com evidência de seguir a terapêutica como recomendada” e (2) não tinham faltado às duas últimas consultas de follow-

up. Para garantir a maior homogeneidade possível entre os dois grupos foi ainda considerado, como critério para a constituição do grupo B, dados similares aos dos participantes do grupo A em relação a (3) idade, género e situação sócioeconómica. Todos os doentes contactados aceitaram participar e com todos foi possível acabar o processo. Este grupo foi constituído por 9 doentes.

Como se pode observar no quadro 1, a média de idades do grupo A é de 59,4 anos e a raça predominante é a caucasiana ($n=10$). O género predominante é o masculino ($n=12$). O grupo B apresenta uma média de idades de 54,8 anos e a raça predominante é a caucasiana ($n=8$). O sexo predominante é o masculino ($n=7$). Quanto à escolaridade, o grau com maior incidência no grupo A é o intervalo < 9º ano ($n=8$) e no grupo B o mesmo intervalo ($n=7$). Em relação à profissão, a maioria dos doentes do grupo A ($n=5$) exerce a atividade na construção civil, enquanto, no grupo B, a maioria dos doentes ($n=7$) exerce a atividade técnico profissional. Quanto ao estado civil, no grupo A, a maioria dos doentes ($n=9$) é casada e vive ($n=6$) com a companheira e filhos. No grupo B, a maioria dos doentes ($n=8$) é casada e vive só com o companheiro ($n=6$).

Material

Para além de um questionário demográfico (para a obtenção de informação quanto a: género; idade; estado civil; constituição do agregado familiar; e escolaridade), foi utilizada uma entrevista semiestruturada. Com a escolha desta metodologia pretendeu-se recolher informação que ultrapassa a programada em entrevistas estruturadas ou em questionários. Deste modo, partindo de questões sobre dimensões predefinidas, o sujeito é estimulado a refletir e a introduzir na entrevista novas perspetivas e novas questões.

A entrevista que foi utilizada teve como referência as questões de investigação e integrou as dimensões enunciadas pelo Extend Health Belief Model (EHBM) (Aalto, & Uutela, 1997). Para além destas dimensões, foram ainda consideradas questões sobre a avaliação subjetiva do comportamento de adesão e duas dimensões que resultaram da revisão bibliográfica que fundamentou esta investigação e que têm sido amplamente referidas como determinantes de adesão em saúde. A entrevista foi ainda completada com duas questões abertas.

Assim, a entrevista semiestruturada foi constituída pelas seguintes dimensões: (1) Conhecimento do doente relativo à sua situação clínica e ao seu tratamento (e.g., data do primeiro cateterismo, estado clínico atual relatado pelo médico assistente, medicação actual); (2) Avaliação subjetiva do comportamento de adesão; (3) Dimensões do HBM: severidade, vulnerabilidade, custos/benefícios do tratamento, autoeficácia para a realização do tratamento e suporte social; (4) Dimensão relação com os profissionais de saúde e avaliação da informação recebida sobre o tratamento.

As duas perguntas abertas recaíram sobre outras possíveis causas do comportamento de não adesão ao tratamento e sobre possíveis ajudas para a promoção da adesão à terapêutica.

Para cada uma das dimensões foram apresentadas ao doente questões de partida (e.g., “*quais são para si os aspetos positivos e negativos do tratamento?*”; “*até que ponto o tratamento altera as suas rotinas e por isso se torna mais difícil de realizar?*”). Para a definição destas questões foram considerados alguns dos itens que fazem parte de questionários estandardizados baseados no HBM. Após a questão inicial, o doente era

estimulado a falar sobre outras possíveis determinantes que considerasse relevantes relativamente a essa dimensão.

Procedimento

Após a aprovação do Conselho de Ética do Hospital, o estudo foi iniciado com a constituição dos dois grupos da amostra. Para este efeito foi pedido à equipa médica do sector de Hemodinâmica do Serviço de Cardiologia os dados clínicos em relação aos doentes que realizaram PTCA entre os anos de 2004 e 2008. Partindo desta informação, foram confirmadas as faltas dos doentes às consultas e foram registados todos os doentes que compareciam regularmente às consultas de follow-up. Os doentes pertencentes ao grupo A foram os primeiros a ser contactados via telefónica. Foi-lhes explicado o objetivo da investigação e foi pedida a sua colaboração. Com os que se mostraram disponíveis foi marcada a entrevista a ser realizada no hospital ou, em caso de impossibilidade de comparência no hospital ou de preferência do doente, no seu domicílio. Estas entrevistas decorreram entre os meses de junho e outubro de 2009. Antes da entrevista foram de novo explicados os objetivos do estudo e foi pedida a assinatura do consentimento informado e esclarecido.

Os doentes pertencentes ao grupo B foram contactados, selecionados e entrevistados entre os meses de outubro e dezembro de 2009 na sua vinda à consulta de follow-up. A todos os doentes foi explicado o objetivo da entrevista e foi pedida a assinatura do consentimento informado e esclarecido.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente integralmente transcritas ao longo dos meses de recolha de dados e ainda durante os meses de janeiro e fevereiro de 2010. Após a análise dos dados, as entrevistas foram destruídas. Foram seguidos procedimentos para assegurar a confidencialidade dos dados, nomeadamente através de: não inclusão da identificação dos doentes (ou dos seus cuidadores) nos processos de investigação; privacidade no momento das entrevistas; acesso exclusivo dos investigadores ao material recolhido.

Análise de dados

Nesta investigação foi utilizada a análise de conteúdo de orientação fenomenológica, em que se procurou a compreensão do objeto de estudo (i.e., o fenómeno) através da reflexão e análise sobre a interpretação subjetiva do sujeito entrevistado. Esta análise foi complementada com uma estatística descritiva simples para obtenção de valores de frequência de cada uma das categorias e subcategorias obtidas.

A análise de conteúdo das verbalizações do doente decorreu em quatro fases descritas na literatura e utilizadas em estudos semelhantes (Deschamps, 1993; Santos, 2009; Smith, & Eatough, 2006): fase 1 – Transcrição integral das entrevistas, leitura e primeira visão global das significações de cada sujeito; fase 2 – Identificação, para cada uma das dimensões, de unidades de informação (i.e., identificação de conteúdos referentes a cada uma das dimensões da entrevista); fase 3 – Análise dos conteúdos das unidades de informação e constituição de categorias e subcategorias; fase 4 – Síntese das categorias e reverificação do texto global das entrevistas. De forma a validar a análise efetuada de todas as verbalizações, categorias e subcategorias encontradas, foram revistas por um especialista não integrante do grupo de

investigação. Os resultados desta revisão foram sujeitos a nova reanálise e foram discutidos até ser conseguida a concordância entre os elementos envolvidos.

RESULTADOS

Considerando cada uma das dimensões da entrevista verificou-se (ver quadro 2):

Quadro 2 – Conhecimento do doente relativo ao tratamento

Conhecimento do doente relativo ao tratamento		Doentes que não aderem		Doentes que aderem	
Dimensão	Resposta	FR	%	FR	%
Data do primeiro cateterismo	Lembra	6	50	6	67
	Não Lembra	6	50	3	33
Recomendações terapêuticas	Descreve corretamente	0	0	4	44
	Tem dificuldade em descrever corretamente	12	100	5	56
Assiduidade das consultas	Não vem às consultas	6	50	0	0
	Vem de forma irregular às consultas	2	17	0	0
	Vem de forma regular às consultas	4	33	9	100
Data da última consulta	Lembra	5	42	0	0
	Não lembra	7	58	9	100

(1) Dimensão – Conhecimento do doente relativo à sua situação clínica e ao seu tratamento e grau percebido de adesão ao tratamento

A maioria, 50% ($n=6$) (Quadro 2), dos elementos do grupo A (doentes que não aderem ao tratamento) e a maioria ainda mais significativa do grupo B (doentes que aderem ao tratamento), 67% ($n=6$), referiu lembrar-se da data do último cateterismo, assim como das suas causas. Quanto às recomendações terapêuticas atuais, todos os doentes do grupo A manifestaram dificuldade em descrevê-las; 50% ($n=6$) referiu não ir às consultas e 58% ($n=7$) não se lembrar da última consulta. No grupo B, 44% ($n=4$) dos doentes descreve corretamente a medicação; e 100% ($n=9$) refere ir às consultas.

(2) Dimensão – Avaliação subjetiva do comportamento de adesão

Quadro 3 – Avaliação subjetiva do comportamento de adesão

Avaliação subjetiva do comportamento de adesão		Doentes que não aderem		Doentes que aderem	
Dimensão	Resposta	FR	%	FR	%
Conhecimento do regime terapêutico	Tem conhecimento	0	0	9	100
	Tem pouco conhecimento	10	83	0	0
	Não tem conhecimento	2	17	0	0
Alterações do regime terapêutico	Sofreu alterações	3	25	4	44
	Não sofreu alterações	6	50	5	56
	Foi o próprio que alterou	3	25	0	0
Avaliação subjetiva do grau de dificuldade na toma dos medicamentos	Intervalo <5	7	58	9	100
	Intervalo >5	5	42	0	0
Avaliação subjetiva do grau de adesão	É difícil seguir sempre (na maioria dos dias)	4	33.3	0	0
	Não é muito difícil seguir sempre ainda que às vezes seja um pouco complicado	4	33.3	1	11
	É fácil seguir sempre	4	33.3	8	89

Quanto à avaliação subjetiva do comportamento de adesão (Quadro 3), pode observar-se que a maioria 83% ($n=10$) do grupo A demonstra ter conhecimento do regime terapêutico. Quanto à avaliação do grau de adesão à terapêutica, a maioria dos doentes do grupo A, 58% ($n=7$), refere “*sigo na maioria das vezes*” e 42% ($n=5$) referiu “*muitas vezes não sigo*”. No grupo B todos referem ter conhecimento do regime terapêutico e 89% ($n=8$) dos doentes refere “*sigo na maioria das vezes*”.

(3) Dimensões do Modelo de Crenças de Saúde: Severidade percebida; vulnerabilidade percebida; custos/benefícios do tratamento; autoeficácia para realização do tratamento; suporte social

Em relação às Dimensões do Modelo de Crenças de Saúde verifica-se:

Na dimensão da severidade percebida, a maioria dos doentes do grupo A, 83% ($n=10$), refere que a doença é severa podendo levar à morte e incapacidade, e.g., “*Acho assustador. É muito assustador. Pode-se morrer*” (Sujeito1-S1). Nos doentes do grupo B, também 78% ($n=7$) relatou que a doença é severa devido à perda de funcionalidade e à possibilidade e morte, e.g., “*É uma coisa bem complicada! Eu não sei bem o que é, mas acho que é complicado. Podemos morrer. (...)*” (S13).

Na dimensão Vulnerabilidade, a maioria muito alargada de doentes do grupo A, 75% ($n=9$), respondeu sentir-se vulnerável a recidiva de enfarte vida, e.g, “*Eu estou sempre preparado (...)* Não sei, sabe que a minha vida é stresse. O stresse é o meu maior problema...” (S7). Em comparação, no grupo B, 45% ($n=4$) refere estar vulnerável a novos episódios, e.g., “*Não estou livre de me acontecer, basta uma pessoa se enervar*” (S15) e 45% ($n=4$) refere não estar vulnerável, justificando essa diminuição de vulnerabilidade pela adesão ao tratamento prescrito, e.g., “*Eu penso que as coisas podem acontecer. Estamos sujeitos a isso, mas eu faço o que posso e tenho juízo com o tratamento e por isso acho que estou mais protegido*” (S9).

Em relação à dimensão de Custos/benefícios do tratamento, os elementos do grupo A referiram que o tratamento não é eficaz, 33,3% ($n=4$), ou que é relativamente eficaz, 33,3% ($n=4$), sendo as razões invocadas para a avaliação a não eficácia na manutenção de sintomas e/ou a não perceção de melhoras. Estes doentes referiram ainda considerar que o tratamento não poderá prevenir uma situação de crise ou o agravamento da sua situação clínica, e.g., “*Não sei se resolverá... até agora não tenho tido problemas, no entanto não digo que um dia não tenha um problema fatal. Não sei se o tratamento resolve isso*” (S12). No grupo B, 66% ($n=6$) refere que o tratamento é eficaz. Para a maioria destes doentes, o tratamento tem como finalidade não a cura da doença mas a prevenção de situações de crise, e.g., “*Eu sinto melhoras mas também uma pessoa tem que pensar que estas coisas não dão assim avisos. Nem sempre se sente. Uma pessoa faz o tratamento para que uma situação grave não volte a acontecer*” (S14).

Em relação ao custos do tratamento, a maioria dos indivíduos do grupo A, 66% ($n=8$), refere a existência de custos associados essencialmente a aspetos financeiros decorrentes do preço dos medicamentos, e.g., “*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 fatores mais relevantes para eu não os tomar. (...) Falei disso, falei ao médico de família, mas só com a requisição não chegava*” (S1). No grupo B, também a maioria, 67% ($n=6$), refere a existência de custos relacionados com o preço dos medicamentos e com as deslocações para idas ao médico. No entanto, a maioria destes doentes refere também o carácter prioritário da aquisição dos medicamentos, e.g., “*são caros, mas sem eles eu posso morrer. Temos que não comprar outras coisas. Sem isto eu posso morrer*” (S16).

Tanto a maioria do grupo A, 58% ($n=7$), como a do grupo B, 78% ($n=7$), refere ainda que o tratamento não tem efeitos secundários negativos. No entanto, um elevado número, 42% ($n=5$), de doentes do grupo A refere ter sintomas desconfortáveis, e.g., “*Desconfortável é sempre, o tratamento pode não ser muito, mas tem coisas menos boas. Eu tenho um pouco de hemorragia intestinal.*” (S4).

Quanto às Consequências da não adesão ao tratamento, os doentes do grupo A, 33% ($n=4$), referem não existir consequências graves a curto prazo e 42% ($n=5$) referem existir, apontando que, em casos extremos, a não adesão pode potencializar novos EAM ou até mesmo a morte, e.g., “*Bem, normal não é... (...) Ter outro EAM ou um AVC... ser internado novamente*” (S8). A totalidade dos doentes do grupo B afirma a possibilidade de consequências negativas, referindo igualmente a possibilidade de outro EAM ou morte, e.g., “*Eu acho que corre o risco de ter outro enfarte e até de morrer mesmo, pelo menos foi o que o médico me disse e eu levo isso muito a sério*” (S21).

Em relação às consequências da sua situação clínica (i.e., modo como a situação clínica influencia positiva ou negativamente a situação de saúde ou a vida do doente), tanto no grupo A, 75% ($n=9$), como no grupo B, 78% ($n=7$), a maioria dos doentes referiu a possibilidade de consequências físicas (i.e., nova recidiva de enfarte do miocárdio). No entanto, enquanto um número elevado de doentes que não adere, (GA) 42% ($n=5$), afirmou que a possibilidade de nova crise de saúde estava essencialmente associada a causas externas a si, como fatores de vida ou stresse, “*(...) são os nervos. Os nervos e a vida que uma pessoa leva. Isso depois dá-nos estas coisas. Se não fosse a vida que temos era diferente*” (S5), os elementos do grupo

dos doentes que aderem referiram que as consequências são graves, mas evitáveis se o regime terapêutico for seguido como recomendado.

Na dimensão da Autoeficácia (i.e., a autoatribuição de competência para a realização autónoma do tratamento), 66,5% ($n=8$) dos doentes do grupo A referiu ter competência e não necessitar de nenhum tipo de ajuda. No entanto, 33% ($n=4$) afirmou necessitar de ajuda para lembrar as rotinas do tratamento, e.g., *“É mais a preocupação de sair de casa de manhã, (...) e esqueço-me. Saio e esqueço-me. Preciso de que me lembrem”* (S3). Quanto aos doentes do grupo B, 88% ($n=8$) manifesta não ter necessidade de qualquer ajuda.

Em relação aos recursos de apoio, tanto os doentes do grupo A, 75% ($n=9$), como os do grupo B, 100%, referiram que a família é a sua mais importante fonte de suporte e afirmam a sua importância no tratamento, e.g., *“é a minha família que me ajuda. Sem eles isto era bem pior. Estão sempre ali e a quer que eu esteja bem. Somos muito unidos”* (S15).

(4) Perceção da relação com os profissionais de saúde e avaliação da informação recebida

Quanto à dimensão relação entre o doente e os profissionais de saúde, os doentes do grupo A, 84% ($n=10$), referiram que a relação foi “Boa”, tendo sido realçados como principais aspetos positivos a disponibilidade para atender o doente e a família, a comunicação e a competência técnica. No grupo A, 16% ($n=2$) relatou ter tido uma má relação terapêutica, e.g., *“Nunca tive grande proximidade com as enfermeiras, eram muito distantes (...) Sim, muito mais no médico de família, porque tudo o que sabemos foi o nosso médico de família”* (S4). A totalidade dos doentes do grupo B, 100%, classifica-a como “Boa”, e.g., *“Trataram-me bem. Não tenho nada que dizer. Eram disponíveis e atenciosos, na generalidade”* (S20).

Quanto à informação facultada no hospital, 58% ($n=7$) dos doentes do grupo A referiu que a informação foi suficiente. Contudo, para 42% ($n=5$) de doentes, ela foi considerada insuficiente, e.g., *“Sobre a medicação disseram para não deixar de tomar, pronto... uma pessoa não fica esclarecida”* (S3). No grupo B, 88% ($n=8$) dos doentes respondeu que se sentiu informado e que considera essas informações importantes para a adesão ao tratamento, e.g., *“(...) eu tomo a medicação porque sei para o que serve. Sei que se deixar de tomar posso ter outro enfarte. Eles lá no hospital disseram as coisas bem”* (S19).

(5) Perguntas abertas:

Na análise de conteúdo das respostas à primeira das perguntas abertas, *“Que outras razões poderão levar à não adesão ao tratamento?”*, nos doentes que não aderem verificou-se que um número expressivo de doentes do grupo A referiu como determinantes de não adesão: o esquecimento, e.g., *“Sim, é mesmo por esquecimento, uma pessoa esquece-se, que é que hei-de fazer!”* (S3); a desmotivação associada a sentir-se cansado da doença, sentir tristeza e desesperança, e.g., *“Estou farto disto. Uma pessoa cansa-se. Sente uma tristeza por dentro e às tantas vamos morrer mesmo”* (S8); e o custo dos 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; a falta de organização dos serviços; e os problemas familiares.

O grupo B apresentou uma diversidade de possíveis causas para a não adesão, essencialmente relacionadas com: a saturação da doença; a falta de vontade de viver; a falta de apoio social familiar; o custo dos medicamentos; o esquecimento associado ao que referiram como “desmazelo” ou “pouca responsabilização”; os efeitos secundários de tratamento; problemas familiares e a não compreensão do tratamento.

Relativamente à segunda questão aberta, “*O que acha que poderia ajudar a que fosse mais fácil seguir o tratamento?*”, colocada ao grupo A, verificou-se que um número expressivo de indivíduos referiu: maior acompanhamento/monitorização por parte dos serviços de saúde, e.g., “*Possivelmente perguntarem mais por nós. Uma pessoa passa muito tempo sem apoio nenhum!*” (S5) e a comunicação mais efetiva com a equipa de saúde, e.g., “*Se as consultas forem efetivas e os tempos de espera reduzidos... se fosse sempre possível uma pessoa falar com calma! É que muitas vezes nem me lembro quando estou lá dentro na consulta do que tenho que dizer (...) de certeza muitas mais pessoas apareciam às consultas e seguiam os tratamentos*” (S12); ajuda económica devido ao custo dos medicamentos; a melhor organização dos serviços e a resolução de outros problemas de vida, e.g., “*se a minha vida não tivesse outros problemas talvez me sentisse melhor e tivesse mais motivação*” (S11).

Na segunda questão colocada ao grupo B, “*O que é que o tem ajudado a aderir ao tratamento?*”, foi referido: o apoio familiar e o amor sentido em relação à família; a vontade de viver e a crença de que é responsável pela sua saúde; o medo de sofrer um novo enfarte e consequente necessidade de uma cirurgia cardíaca; e o medo de morrer.

DISCUSSÃO

Pretendeu-se, com este estudo, identificar determinantes de adesão ao tratamento em doentes pós angioplastia. Como amostra foram utilizados dois grupos de doentes com comportamentos diferentes em relação à adesão ao tratamento. O estudo fundamentou-se no modelo de crenças de saúde (HBM), já amplamente utilizado em investigações similares. Para além das dimensões deste modelo, foram incluídas, na entrevista semiestruturada que serviu para a recolha de dados, as dimensões: conhecimento da doença e do tratamento; a avaliação subjetiva do comportamento de adesão; a relação com os profissionais de saúde e a perceção dos doentes sobre a adequação da informação recebida em relação ao tratamento no momento da prescrição do mesmo. A recolha de dados foi complementada com duas questões abertas, em que foi solicitado aos participantes que referissem outras razões para a não adesão e que apontassem o que considerariam potenciais ajudas para a promoção da adesão.

Em relação ao conhecimento dos doentes quanto à sua situação clínica, a maioria dos doentes que não adere ao tratamento mostrou ter dificuldade em descrever as recomendações terapêuticas e possuir um baixo nível de conhecimento acerca da doença e do seu regime terapêutico. Reforçando os dados transmitidos pela equipa médica na fase da constituição da amostra, um número elevado de doentes deste grupo reconheceu que, na maioria dos dias, não segue o tratamento farmacológico recomendado. Ainda neste grupo, um número muito expressivo de doentes considerou a informação recebida, sobre a sua situação clínica e sobre o tratamento, como insuficiente.

Estes resultados reforçam a importância da compreensão do regime terapêutico na adesão ao tratamento e remetem para dois aspetos amplamente referidos na literatura como fatores de risco de não adesão: a falta de literacia dos doentes, que é especialmente prevalente em doentes idosos (Martin, Williams, Haskard, & DiMatteo, 2005); e a deficiente informação dos doentes acerca da doença e do tratamento (Alm-Roijer, et al., 2004; Gascon, et al., 2004). Os dois fatores, quer separadamente quer com frequência em conjunto, têm sido apontados como causa de inadequada interpretação das indicações de tratamento (Williams, et al., 1995),

desmotivação (Starace, Massa, Amico, & Fisher, 2006) e desvalorização da importância do regime terapêutico (Vlasnik, Aliott, & DeLor, 2005).

No que respeita às dimensões do HBM, as maiores diferenças encontradas entre os dois grupos encontram-se nas dimensões: custos/benefícios; percepção de consequências; e autoeficácia.

Em relação à dimensão custos/benefícios foi referido pelos doentes que não aderem: os custos financeiros do tratamento; alguns sintomas desconfortáveis, que estes doentes referem como efeitos secundários do tratamento; e, essencialmente, a crença na não eficácia do tratamento.

Em relação a esta dimensão, a maioria dos doentes que adere afirma não só compreender que o tratamento tem sobretudo objetivos preventivos, não podendo por isso ser avaliado pelos resultados a curto prazo, mas também sentir melhorias do seu bem-estar e sentir-se menos vulnerável a novas crises de saúde.

Estes resultados vão ao encontro das conclusões de outros estudos, segundo os quais o custo financeiro da doença crónica e, especificamente, o custo dos medicamentos, constitui uma das principais causas de não adesão à terapia, em especial nos doentes crónicos e idosos (Cabral, & Silva, 2010; Krueger, Felkey, & Berger, 2003; Telles-Correia, Barosa, Mega, Barroso, & Monteiro, 2007). A este respeito, o estudo de Federman, Adams, Ross-Degnan, Soumerai e Ayanian (2001), sobre suplementos de seguros de saúde e o uso efetivo de medicamentos cardiovasculares em doentes com doença coronária, concluiu que doentes com menores recursos financeiros e menor cobertura de seguro de saúde apresentavam níveis mais baixos de adesão a medicamentos (e.g., estatinas) que são essenciais para a prevenção da sua morbilidade e mortalidade. Segundo os mesmos autores, a disponibilização de seguros de saúde mais abrangentes poderia resultar na redução de crises de saúde e contribuir para a diminuição de hospitalizações e do número de outros procedimentos que envolvem gastos importantes dos serviços de saúde.

Ainda na dimensão custos/benefícios, os doentes que não aderem ao tratamento referem, ao contrário dos que aderem, atribuir relativa/baixa eficácia ao tratamento. Isto é, consideram que a medicação que lhes foi prescrita não só não tem efeitos positivos em termos de bem-estar imediato, como não poderá, de forma efetiva, prevenir outras crises de saúde que alguns doentes percebem como inevitáveis. Estes resultados são coincidentes com conclusões de outros estudos (Harvey, & Lawson, 2009; Krousel-Wood, et al., 2004; Harvey, & Lawson, 2009; Tavafian, Hasani, Aghamolaei, Zare, & Gregory, 2009) e reforçam a ideia, defendida por autores como Horne e Weinman (1999), de que a adesão à prescrição de tratamento é determinada pela atribuição individual da sua eficácia, quer em termos de efeitos imediatos, quer no que respeita à evolução da doença.

Quando questionados em relação às possíveis consequências da sua situação clínica, embora a maioria dos doentes dos dois grupos refira a possibilidade de recidiva de enfarte de miocárdio, os doentes diferem em relação à atribuição de causalidade desse possível evento. Assim, enquanto um número muito expressivo de doentes que não adere afirma considerar que uma nova crise de saúde terá como causa fatores que o doente não controla, como situações de vida ou stresse, os doentes que aderem referem o tratamento como forma de prevenção da evolução da doença e também como meio de melhorar a sua qualidade de vida.

Também em relação às consequências da não adesão ao tratamento, enquanto a totalidade dos doentes que adere refere que a não adesão pode potenciar novas crises e mesmo a morte, praticamente metade dos doentes que não adere entende que as consequências, em especial as consequências a curto prazo, não são graves. Estes resultados corroboram investigações anteriores que, orientadas pelo modelo de crenças de saúde, concluíram que a perceção de riscos ou consequências negativas contribui para o aumento de comportamentos de adesão (Harrison, Mullen, & Green, 1992). No presente estudo foi possível identificar outras determinantes que os doentes percebem como mediadores dessas consequências (e.g., o stresse ou a adesão ao tratamento). A inexistência de estudos similares não permite a discussão destes resultados. No entanto, a identificação destes mediadores reforça a ideia de que a atribuição de consequências resulta de um processo complexo e multideterminado.

Quanto à dimensão da autoeficácia, indo ao encontro de estudos anteriores como os realizados por Schweitzer, Head e Dwyer (2007), Urmimala, Sadia e Wholley (2009) e Chambers e Turner (2005), também aqui um maior número de doentes que adere ao tratamento referiu ser mais autónomo na sua realização. Neste caso, a necessidade de ajuda, que foi referida pelos doentes que não aderem, prende-se não tanto com a competência para a realização do tratamento mas sobretudo com a dificuldade em lembrar os horários dos medicamentos. No mesmo sentido, o esquecimento foi reforçado como possível causa de não adesão pelos doentes dos dois grupos na resposta à pergunta aberta integrada na entrevista. Problemas de memória e não lembrar a toma dos medicamentos na hora prevista têm sido amplamente referidos na literatura como causas de não adesão ao tratamento em especial na população idosa (Brekke, Sunesson, Axelsen, & Lenner, 2004). Este problema tem sido foco de programas de intervenção que, iniciados ainda antes da alta hospitalar, procuram ajudar o doente a lembrar o tratamento (e.g., através de objetos de lembrança, como cartões, ou sinais em lugares comuns na rotina do doente) ou através de associação da toma de medicamentos a outras rotinas do dia-a-dia do doente.

Em relação às dimensões do HBM, severidade e vulnerabilidade, diferindo do encontrado por DiMatteo, Haskard e Williams (2007), neste estudo as crenças de maior severidade ou de maior vulnerabilidade não parecem estar associadas a comportamento de maior adesão. Na realidade, a maioria dos doentes de ambos os grupos considerou a doença severa e um número mais expressivo de doentes que não aderem referiu sentir-se muito vulnerável a novas crises de saúde. A análise de conteúdo das verbalizações permitiu verificar a orientação destas respostas e identificar diferenças entre os dois grupos, concluindo que a avaliação de menor vulnerabilidade afirmada pelos doentes que aderem se deve à proteção que estes doentes atribuem ao tratamento.

Indo ao encontro da literatura relativamente ao suporte social, todos os doentes, independentemente do seu comportamento de adesão, referiram ter na família o seu maior suporte e considerar que o seu apoio é indispensável para a adesão ao tratamento (DiMatteo, 2004).

Quanto à dimensão relação com os profissionais de saúde e avaliação da adequação da informação recebida, a maioria dos doentes dos dois grupos referiu que a relação mantida com os profissionais de saúde foi positiva, valorizando sobretudo as atitudes de disponibilidade, a comunicação e a competência técnica dos profissionais de saúde. No entanto, em relação à adequação da informação recebida no momento da explicação do tratamento, um número

elevado de doentes que não adere afirma considerar que não foi suficientemente informado. Os resultados evidenciam a relação entre a qualidade da informação recebida e o comportamento e adesão e reforçam a ideia de que o adequado fornecimento de informação, que integra a explicação clara do diagnóstico e do tratamento, é indispensável para assegurar a adesão ao tratamento (Joyce-Moniz, & Barros, 2005).

A análise de conteúdo do discurso dos doentes, em relação à primeira questão aberta, permitiu ainda identificar como determinante de adesão a desmotivação associada ao estado de humor e especificamente ao humor deprimido. Num conjunto vasto de estudos, a depressão tem sido apontada como uma determinante importante de não adesão, muitas vezes mal entendida na consulta médica. No entanto, estados deprimidos, que implicam a referenciação para apoio psicológico, ou depressão, frequente em idosos com doença crónica e que exige, para além de apoio psicológico, tratamento farmacológico adequado, estão associados a menor motivação, a desesperança e, conseqüentemente, a menor adesão ao tratamento (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000).

Os resultados deste estudo vão de encontro a muitas das conclusões de estudos anteriores e reforçam a importância das dimensões do modo de crenças de saúde, essencialmente das dimensões custos/benefícios, conseqüências, autoeficácia e relação com os profissionais de saúde, como determinantes do comportamento de adesão. A metodologia qualitativa utilizada permitiu, por um lado, compreender algumas das orientações de resposta dos doentes e, por outro lado, identificar outras dimensões que os doentes consideraram potenciar comportamentos de não adesão. De entre estas, parece muito relevante o conhecimento que o doente tem da sua doença e do tratamento, o estado de humor e a desmotivação em relação à vida.

Estes resultados têm implicações práticas para a intervenção dos profissionais de saúde. Em primeiro lugar, os resultados são muito claros em relação ao papel ativo do doente no processo de adesão e reforçam a importância de se atender às suas crenças em relação à doença e ao tratamento. Assim, reforçando a conceptualização mais atual de adesão, será importante que esta seja considerada pelos profissionais de saúde como o resultado de um confronto dialético entre as crenças e conhecimentos dos profissionais de saúde e as crenças e conhecimentos do doente. Em segundo lugar, parece igualmente evidente que, para além das crenças do doente, a adesão poderá ser igualmente influenciada por questões emocionais que não deverão ser descuradas. Estados deprimidos, muitas vezes associados a crenças de perda ou de desmotivação em relação à vida, deverão ser foco de atenção e de intervenção em todas as fases do tratamento. Em terceiro lugar, estes resultados apontam para os benefícios do aumento do conhecimento do doente em relação à sua situação clínica e ao seu tratamento. Este aumento de conhecimento (diferente de aumento de informação) permitirá ao doente e à sua família um efetivo envolvimento no tratamento. Por último, parece evidente que estes doentes beneficiariam com programas de acompanhamento que incluindo, entre outras, ações tão simples como telefonemas de monitorização ou de motivação para a adesão ao tratamento, poderão resultar em ganhos para a qualidade de vida do doente e em contribuições para a diminuição dos gastos dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- Aalto, A., & Uutela, A. (1997). Glycemic control, self-care behaviors, and psychosocial factors among insulin treated diabetics: A test of an Extended Health Belief Model. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 191-214. doi: 10.1207/s15327558ijbm0403_1.
- Alm-Roijer, C., Stagno, M., Udén, G., & Erhardt, L. (2004). Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 321-330. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2004.05.002.
- Ashton, C., Kuykendall, D., Johnson, M., Wray, N., & Wu, L. (1995). The association between the quality of inpatient care and early readmission. *Annals of Internal Medicine*, 122, 415-421.
- Brekke, H., Sunesson, A., Axelsen, M., & Lenner, R. (2004). Attitudes and barriers to dietary advice aimed at reducing risk of type 2 diabetes in first-degree relatives of patients with type 2 diabetes. *Journal of Human Nutrition and Dietetic*, 17, 513-521. doi: 10.1111/j.1365-277X.2004.00566.x.
- Burgoon, J., Buller, D., & Woodall, W. (1996). *Nonverbal communication*, New York: McGraw-Hill.
- 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"*. Centro Cultural de Belém, Lisboa, 19 mar. 2010.
- Chambers, R., & Turner, L. W. (2005). Knowledge, attitudes and self efficacy as factors in osteoporosis preventive health behaviors and bone density. *Journal of the Arkansas Association for Health Education, Recreation and Dance*, 40, 26-31.
- DiMatteo, M., Lepper, H., & Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107. doi: 10.1001/archinte.160.14.2101.
- DiMatteo, M. (2004). Evidence-based strategies to foster adherence and improve patient outcomes. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 17, 18-21.
- DiMatteo, M., Haskard, K., & Williams S. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: A meta-analysis. *Medical Care*, 45, 521-528. doi: 10.1097/MLR.0b013e318032937e.
- Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche*. Universitaire Montréal: Guérin.
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 557-560. doi: 10.1016/S0895-4356(01)00457-7.
- Eisenstein, E., et al. (2007). Clopidogrel use and long-term clinical outcomes after drug-eluting stent implantation. *The Journal of the American Medical Association*, 297, 159-168. doi: 10.1001/jama.297.2.joc60179.
- Elliot, W, Maddy, R., Toto, R., & Bakris G. (2000). Hypertension in patients with diabetes: Overcoming barriers to effective control. *Postgraduate Medicine*, 107, 29-32. doi: 10.3810/pgm.2000.03.940.

- Evangelista, L., Doering, V., Dracup, K., Westlake, C., Hamilton, M., & Fonarow, C. (2003). Compliance behaviors of elderly patients with advanced heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *18*, 207-208.
- Federman, A., Adams, A., Ross-Degnan, D., Soumerai, S., & Ayanian, J. (2001). Supplemental insurance and use of effective cardiovascular drugs among elderly medicare beneficiaries with coronary heart disease. *The Journal of the American Medical Association*, *286*, 1732-1739. doi: 10.1001/jama.286.14.1732.
- Gascón, J., Sánchez-Ortuño, M., Llor, B., Skidmore, D., & Saturno, P. (2004). Treatment compliance in hypertension study group. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: Results from a qualitative study. *Family Practice*, *21*, 125-130. doi: 10.1093/fampra/cmh202.
- Gehi, A., Ali, A., Na, B., & Whooley, M. (2007). Self-reported medication adherence and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: The heart and soul study. *Archives of Internal Medicine*, *167*, 1798-1803. doi: 10.1001/archinte.167.16.1798.
- Grouve, E., & Kristensen, S. (2007). Stent thrombosis: Definitions, mechanisms and prevention. *E- Journal of Cardiology Practice*, *32* (5).
- Haynes, B. Taylor, D., & Sackett, D. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Harrison, J., Mullen, P., & Green, W. (1992). A meta-analysis of studies of the Health Belief Model. *Health Education Research*, *7*, 107-116. doi: 10.1093/her/7.1.107.
- Harvey, J., & Lawson, V. (2009). The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetic Medicine*, *26*, 5-13. doi: 10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x.
- Helgeson, V., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, *15*, 135-148. doi: 10.1037/0278-6133.15.2.135.
- Hedge, B., & Stallworthy, P. (2000). Self-efficacy: Predictor of adherence to antiretroviral medications. *International Conference on AIDS*, *13*, 9-14.
- Ho, P., Bryason C., & Rumsfeld, J. (2009). Medication adherence: It's importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, *119*, 3028-3035. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986.
- Ho, P., et al. (2006). Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, *166*, 1842-1847. doi: 10.1001/archinte.166.17.1842.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, *47*, 555-567. doi: 10.1016/S0022-3999(99)00057-4.
- Horwitz, R., et al. (1990). Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction. *Lancet*, *336*, 542-545. doi: 10.1016/0140-6736(90)92095-Y.
- Iakovou, I., Mehran, R., & Dangas, G. (2006). Thrombosis after implantation of drug-elutins Stent. *Hellenic Journal of Cardiology*, *47*, 31-38.

- Jackevicius, C., Mamdani, M., & Tu, J. (2002). Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 462-467. doi: 10.1001/jama.288.4.462.
- Jahng, K., Martin, L., Golin, C., & DiMatteo, M. (2005). Preferences for medical collaboration: Patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient Education and Counseling*, 57, 308-314. doi: 10.1016/j.pec.2004.08.006.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e intervenção*. Lisboa: Edições Asa.
- Koelling, T., Johnson, M., Cody, R., & Aaronson, K. (2005). Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *American Heart Association*, 111, 179-185. doi: 10.1161/01.CIR.0000151811.53450.B8.
- Kramer, J., et al. (2006). National evaluation of adherence to beta-blocker therapy for 1 year after acute myocardial infarction in patients with commercial health insurance. *American Heart Journal*, 152(3): 454, 1-8. doi: 10.1016/j.ahj.2006.02.030.
- Krousel-Wood, M., Thomas, S., Muntner, P., & Morisky, D. (2004). Medication adherence: A key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Current Opinion in Cardiology*, 19, 357-362. doi: 10.1097/01.hco.0000126978.03828.9e.
- Krueger, K., Felkey, B., & Berger, B. (2003). Improving adherence and persistence: A review and assessment of interventions and description of steps toward a national adherence initiative. *Journal of the American Pharmacists Association*, 43, 668-679. doi: 10.1331/154434503322642598.
- Leahne, E., & McCarthy, G. (2009). Medication non-adherence: Exploring the conceptual mire. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 25-31. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.01722.x.
- Leventhal, M., Riegel, B., Carlson, B., & DeGeest, S. (2005). Negotiating compliance in heart failure: Remaining issues and questions. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 298-307. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.04.001.
- Lett, H., Blumenthal, J., Babyak, M., Strauman, T., Robins, C., & Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67, 869-878. doi: 10.1097/01.psy.0000188393.73571.0a.
- Lila, J., Rutten, F., & Iannotti, R. (2003). Health beliefs, salience of breast cancer family history, and involvement with breast cancer issues: Adherence to annual mammography screening recommendations. *Cancer Detection and Prevention*, 27, 353-359. doi: 10.1016/S0361-090X(03)00133-8.
- Mardbly, A., Akerlind, I., & Jorgensen, T. (2007). Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. *Patient Education and Counseling*, 69, 158-164. doi: 10.1016/j.pec.2007.08.011.
- Martin, L., et al. (2003). Physician facilitation of patient involvement in care: Correspondence between patient and observer reports. *Behavioral Medicine*, 28, 159-164. doi: 10.1080/08964280309596054.
- Martin, L., Williams, S., Haskard, K., & DiMatteo, M. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1, 189-199.

- Mauri, L., Hsieh, W., & Cutlip, D. (2007). *Trombose do stent em estudos clínicos randomizados de stents com eluição de fármacos*. Consultado em Outubro de 2008, a partir de http://www.sbhci.org.br/esquina_cientifica/artigos/artigo_trombose_stent.asp
- Molloy, G., Perkins-Porras, L., Bhattacharyya, M., Strike, P., & Steptoe, A. (2008). Practical support predicts medication adherence and attendance at cardiac rehabilitation following acute coronary syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 581-586. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.07.002.
- Nelson, M., Reid, C., Ryan, P., Willson, K., & Yelland, L. (2006). Self-reported adherence with medication and cardiovascular disease outcomes in the Second Australian National Blood Pressure Study (ANBP2). *The Medical Journal of Australia*, 185, 487-489.
- 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, 1355-1371. doi: 10.1016/j.cpr.2008.07.004.
- Portal da Saúde (2009). *Doenças cardiovasculares*. Consultado em Janeiro de 2010, a partir de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/doencascardiovasculares.htm>.
- Rasmussen, N., Chong, A., & Alter, A. (2007). Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. *The Journal of the American Medical Association*, 297, 177-186. doi: 10.1001/jama.297.2.177.
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Ross, S., Walker, A., & MacLeod, J. (2004). Patient compliance in hypertension: Role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613. doi: 10.1038/sj.jhh.1001721.
- Santos, M. (2009). *Vivência parental da doença crónica: Estudo sobre a experiência subjectiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes*. Lisboa: Edições Colibri; Instituto Politécnico de Lisboa.
- Schweitzer, D., Head, K., & Dwyer, W. (2007). Psychological factors and treatment adherence behavior in patients with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22, 76-83.
- Simpson, H., Eurich, T., Majumdar, R., Padwal, S., Tsuyuki, T., Varney, J., & Johnson, A. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *British Medical Journal*, 333, 15. doi: 10.1136/bmj.38875.675486.55.
- Smith, J., & Eatough, V. (2006). Interpretative phenomenological analysis. In G. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw and J. Smith (Eds.), *Research methods in psychology* (3rd ed.), (pp. 322-341). London: Sage Publications.
- Sirur, R., Richardson, J., Wishart, L., & Hanna, S. (2009). The role of theory in increasing adherence to prescribed practice. *Physiotherapy Canada*, 61, 68-77. doi: 10.3138/physio.61.2.68.

- Sokol, C., McGuigan, A., Verbrugge, R., & Epstein, S. (2005). Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare. *Medical Care*, *43*, 521-30. doi: 10.1097/01.mlr.0000163641.86870.af.
- Starace, F., Massa, A., Amico, R., & Fisher, J. (2006). Adherence to antiretroviral therapy: An empirical test of the information – motivation – behavioral skills model. *Health Psychology*, *25*, 153-162. doi: 10.1037/0278-6133.25.2.153.
- 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*, 505-512. doi: 10.1037/a0013359.
- Tavafian, S., Hasani, L., Aghamolaei, T., Zare, S., & Gregory, D. (2009). Prediction of breast self-examination in a sample of Iranian women: An application of the Health Belief Model. *BMC Women Health*, *29*, 9-37, doi: 10.1186/1472-6874-9-37.
- Telles-Correira, D., Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E., & Monteiro, E. (2007). Adesão nos doentes transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, *20*, 73-85.
- Toh, C., Jackson, B., Gascard, D., Manning, A., & Tuck, E. (2010). Barriers to medication adherence in chronic heart failure patients during home visits. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, *40*(1).
- 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*, 1-5. doi: 10.1093/rheumatology/kei223.
- Valquez, J., Rodriguez, C., & Alvarez, M. (1997). *Manual de psicología de la salud: Los problemas de la adhesión*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- 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. doi: 10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x.
- Vlasnik, J., Aliott, S., & DeLor, B. (2005). Medication adherence: Factors influencing compliance with prescribed medication plans. *Case Manager*, *16*, 47-51. doi: 10.1016/j.casemgr.2005.01.009.
- Urmimala, S., Sadia, A., & Whooley, M. (2009). Self-efficacy as a marker of cardiac function and predictor of heart failure hospitalization and mortality in patients with stable coronary heart disease: Findings from the Heart and Soul Study. *Health Psychology*, *28*, 166-173.
- Wahl, C., et al. (2005). Concordance, compliance and adherence in healthcare: Closing gaps and improving outcomes. *Healthcare Quarterly*, *8*, 65-70.
- Wallace, L. (2002). Osteoporosis prevention in college women: Application of the expanded health belief model. *American Journal of Health Behavior*, *26*, 163-172.
- WHO (2002). *Cardiovascular death and disability can be reduced more than 50 percent*. Retrieved March 2010, from www.who.int.
- WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: WHO.
- Williams, M., et al. (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *The Journal of the American Medical Association*, *274*, 1677-1682. doi: 10.1001/jama.1995.03530210031026.

- 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., & DiMatteo, M. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47, 826-834. doi: [10.1097/MLR.0b013e31819a5acc](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc).