

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

AUTOGESTÃO NA PESSOA COM DOENÇA CORONÁRIA

SELF-MANAGEMENT ON THE PERSON
WITH CORONARY DISEASE

Dissertação orientada pela
Professora Doutora Lígia Maria Monteiro Lima
e co-orientada pela
Professora Doutora Maria Celeste Bastos Martins de
Almeida

Ana Luísa Delgado Vidal Rocha
Porto | 2018

“ A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumámos a ver o mundo”.

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Lígia Lima e à Professora Doutora Celeste Bastos pela orientação desta dissertação;

À Sr.^a Enfermeira Salomé Sousa e à Dr.^a Paula Pinto pela autorização da realização deste estudo nos seus serviços;

Ao Professor Doutor Filipe Macedo pela autorização para a realização deste estudo e incentivo;

Aos participantes deste estudo, pelo seu contributo fundamental e disponibilidade;

Aos meus amigos que sempre me encorajaram a continuar;

À minha querida família, pelo apoio, paciência e compreensão nas minhas ausências;

A todos os que de alguma maneira, contribuíram para que este trabalho de investigação se realizasse,

O meu sincero obrigado!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

%	- Percentagem
AI	- Angina instável
ARSN	- Administração Regional do Norte
AVC	- Acidente vascular cerebral
CABG	- <i>Coronary Artery Bypass Graft</i>
CNDC	- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares
CIPE	- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DCE	- Doença coronária estável
DCV	- Doença cardiovascular
DGS	- Direção Geral da Saúde
DIC	- Doença isquémica cardíaca
DP	- Desvio padrão
DPOC	- Doença pulmonar obstrutiva crónica
EAM	- Enfarte agudo do miocárdio
ESEP	- Escola Superior de Enfermagem do Porto
FRCV	- Fatores de risco cardiovascular
HDL	- <i>High Density Lipoprotein</i>
HTA	- Hipertensão arterial
ICN	- <i>International Council of Nurses</i> (Conselho Internacional de Enfermagem)
ICP	- Intervenção Coronária Percutânea
IMC	- Índice de massa corporal
LDL	- <i>Low Density Lipoprotein</i>
M	- Média
Max	- Máximo
Med	- Mediana
Min	- Mínimo
mmHg	- Milímetros de mercúrio
Mo	- Moda
N	- Frequência absoluta
OCDE	- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE	- Ordem dos Enfermeiros
OMS	- Organização Mundial de Saúde
P	- Probabilidade de Significância
R	- Coeficiente de Correlação de <i>Pearson</i>
RC	- Reabilitação Cardíaca
SPSS	- <i>Statistical Package for Social Sciences</i> (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais)
SCA	- Síndrome Coronária Aguda
SEC	- Sociedade Europeia de Cardiologia
T	- Teste <i>t</i> para amostras independentes
TAD	- Teoria da Autodeterminação
UNIESEP	- Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

RESUMO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte em Portugal, das quais fazem parte a doença coronária. Trata-se de uma doença crónica com um regime terapêutico complexo, cujo carácter por vezes assintomático compromete a adesão terapêutica. Neste cenário, a pessoa com doença coronária tem que desenvolver competências de autogestão e o enfermeiro desempenha um papel determinante neste domínio.

O presente estudo tem como principal objetivo conhecer o processo de autogestão da pessoa com doença coronária. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional. Participaram 46 pessoas com diagnóstico de doença coronária, seguidas em duas instituições hospitalares da região norte de Portugal. Como instrumentos de avaliação foram utilizados a Escala de Competência Percebida, o Questionário de Autorregulação, o Questionário de Perceção do Ambiente Terapêutico, a Escala de Suporte Social e a Escala de Adesão aos Medicamentos.

Os resultados sugerem que os participantes se sentem autónomos e competentes na gestão da sua doença, percecionam o ambiente terapêutico como estimulador da autonomia e percecionam um suporte social globalmente positivo. Os participantes apresentam também uma elevada adesão ao regime medicamentoso, apresentando, no entanto, algumas dificuldades no cumprimento de alguns aspetos do regime não medicamentoso, nomeadamente a nível da prática do exercício físico, redução do stresse e regime alimentar. Foram encontradas associações entre as variáveis motivacionais, o suporte social e adesão ao regime terapêutico, confirmando resultados de estudos prévios com pessoas portadoras de vários tipos de patologia crónica. Verificou-se que a adesão ao regime medicamentoso é tanto maior quanto maior for a competência percebida. Por sua vez, a adesão ao regime não medicamentoso é tanto mais elevada quanto maior for a autonomia, a competência percebida e a perceção de suporte social.

Um resultado interessante que emergiu neste estudo foi que os doentes seguidos em consulta de enfermagem quando comparados com os participantes que eram apenas seguidos em consulta médica, apresentaram uma maior adesão ao regime não medicamentoso, uma maior competência percebida e uma maior perceção do ambiente terapêutico como facilitador da autonomia para a autogestão.

Concluimos assim que as intervenções de enfermagem são importantes na promoção da autogestão das pessoas com doença coronária, principalmente se centradas na promoção da competência percebida, da motivação autónoma e do suporte social.

Palavras-chave: Doença coronária; autogestão; adesão; autonomia; autodeterminação.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are one of the main causes of death in Portugal, especially coronary heart disease. It is a chronic illness with a complex therapeutic regimen, and since it is often asymptomatic non-adherence is quite frequent. People who suffer from coronary heart disease have to develop self-management skills, and nurses have a decisive role in supporting this process.

The present study aims to study self-management in patients with coronary heart disease. This is a descriptive, cross-sectional study and correlational study. The participants were 46 patients with coronary heart disease, from two hospitals in the northern region of Portugal. Instruments used were: the Perceived Competence Scale, the Self-regulation Questionnaire, the Health Care Climate Questionnaire, the Social Support Scale and the Reported Adherence to Medication Scale.

Results suggest that participants feel very autonomous and competent in the management of their disease, the health climate is perceived as supporting patient's autonomy and respondents described a good global social support. The results also showed a high level of adherence to medication, but revealed some difficulties on adherence to non pharmacological strategies, more specifically in relation to the physical exercise, diet and stress management.

Significant associations were found between motivational variables, social support and adherence to the therapeutic regimen, as found in previous studies with other chronic patients. Results also showed that pharmacological regimen adherence is higher in patients who feel more autonomous, perceived themselves as competent to manage their disease and have higher levels of perceived social support.

An interesting result that as emerged from this study was that patients supported by nurses reported higher adherence to non pharmacological strategies, higher perceived competence and perceived the health care climate as more supportive of their autonomy when compared to those attended only by doctors.

As a conclusion, it's possible to suggest that nursing interventions are important for the promotion of self-management in coronary heart patients, and that these interventions should be focused on perceived competence, promotion of autonomous motivation and social support.

Keywords: Coronary Disease, self-management, adherence, autonomy, self-determination.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. A DOENÇA CORONÁRIA	21
1.1. Fatores de risco cardiovascular.....	25
1.2. O regime terapêutico na doença coronária.....	31
1.2.1. Reabilitação cardíaca	34
2. AUTOGESTÃO: O PAPEL CENTRAL DA PESSOA NO TRATAMENTO DA DOENÇA CORONÁRIA.....	37
2.1. Autocuidado.....	39
2.2. A adesão ao regime terapêutico.....	41
2.2.1. Adesão ao regime farmacológico.....	43
2.2.2. Estilos de vida e abordagem não farmacológica.....	44
2.3. Variáveis motivacionais – A Teoria da Autodeterminação	46
2.3.1. Teoria das necessidades psicológicas básicas.....	48
2.3.2. Aplicação da TAD no contexto das doenças cardiovasculares.....	49
2.4. Suporte Social	52
3. MÉTODO	57
3.1. Pertinência, finalidade e objetivos do estudo	57
3.2. Desenho do estudo	58
3.3. Variáveis.....	58
3.4. Participantes	60
3.5. Instrumento de recolha de dados.....	65
3.5.1. Questionário sociodemográfico e de saúde	65
3.5.2. Questionário de Autorregulação	66
3.5.3. Escala de Competência Percebida	67
3.5.4. Questionário de Perceção do Ambiente Terapêutico.....	68
3.5.5. Escala de Suporte Social.....	68
3.5.6. Escala de Adesão aos Medicamentos	69

3.5.7. Adesão ao regime não medicamentoso.....	70
3.6. Pré-teste.....	70
3.7. Procedimento.....	71
3.8. Estratégia de análise dos dados.....	72
3.9. Considerações Éticas.....	73
4. RESULTADOS.....	75
5. DISCUSSÃO.....	85
CONCLUSÃO.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	101
ANEXOS.....	111
ANEXO I - Questionário de recolha de dados	
ANEXOII - Autorizações dos Conselhos de Administração e dos Conselhos de Ética de duas Instituições Hospitalares para realização do estudo	
ANEXO III - Consentimento livre e esclarecido para a realização do estudo	
ANEXO IV - Autorização dos autores dos instrumentos de medida	

LISTA DE TABELAS

TABELA1: Distribuição da amostra, segundo a idade e os anos de escolaridade	60
TABELA 2: Caracterização da amostra quanto ao sexo, estado civil, situação no emprego	61
TABELA 3: Distribuição da amostra, participantes empregados, segundo a profissão	62
TABELA 4: Distribuição da amostra por Concelho de residência.....	62
TABELA 5: Caracterização Clínica	64
TABELA 6: Antecedentes pessoais referidos pelos participantes	64
TABELA 7: Fatores de risco cardiovascular (Total e por sexo)	65
TABELA 8: Valor da média, Desvio padrão, Mínimo e máximo das variáveis motivacionais	75
TABELA 9: Avaliação do Suporte Social.....	76
TABELA 10: Escala de Adesão aos Medicamentos (AM).....	76
TABELA11: Adesão ao regime não medicamentoso (RNM)	77
TABELA 12: Dificuldade em cumprir as indicações relativas ao regime não medicamentoso	78
TABELA 13: Matriz de correlação entre as variáveis motivacionais, adesão ao regime medicamentoso e não medicamentoso e as variáveis sociodemográficas idade e anos de escolaridade.....	79
TABELA 14: Apresentação dos resultados do teste T (<i>t</i>) em função do seguimento em consulta de enfermagem.....	82
TABELA 15: Apresentação dos resultados do teste T (<i>t</i>) em função do estado civil	83

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1:Modelo de mudança de comportamento de saúde da TAD, adaptado de Ryan,
Patrick, Deci e Williams (2008)..... 50

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos tem sido observado um aumento progressivo da esperança média de vida e uma evolução técnica e científica de elevada complexidade na área da medicina, nomeadamente a nível de meios de diagnóstico e tratamento de doenças. A par de toda esta evolução, as doenças crónicas mantêm-se como a maior causa de mortalidade e morbidade na Europa, e se muitas das doenças crónicas estão relacionadas com uma sociedade envelhecida, também estão associadas com estilos de vida menos saudáveis, como o tabagismo, erros alimentares, sedentarismo, entre outros (Busse et al., 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005) define doença crónica como uma doença de longa duração, geralmente com progressão lenta, e que resulta em graus variados de incapacidade. Inclui um conjunto diversificado de patologias, que vão desde a doença cardiovascular, à diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, entre outras.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) refere que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia (Direção Geral de Saúde (DGS), 2017), não sendo exceção Portugal, onde as doenças cardiovasculares, e das quais fazem parte a doença coronária, permanecem no topo da lista de causas de morte em Portugal. Embora o seu peso relativo tenha sofrido um decréscimo gradual, a taxa de mortalidade por doença cardiovascular permanece inaceitavelmente elevada (Santos et al. 2009; DGS 2017).

Tendo em conta estes dados, urge a necessidade de uma abordagem integrada de prevenção dos fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovascular (e.g. hipertensão arterial, tabagismo, dislipidemia, diabetes, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade e stresse excessivo) pois, o carácter muitas vezes assintomático da evolução da doença coronária, dificulta o reconhecimento e tratamento precoces, e influencia negativamente a motivação para a correção de estilos de vida e a adesão ao regime terapêutico (Figueiras, 2008; Henriques, 2011).

A prevenção secundária da doença coronária, que pode ser definida como um conjunto de medidas que visam a redução da recorrência da doença cardiovascular e a

melhoria do prognóstico a longo prazo, é ainda pouco aceite e praticada, apesar de estar demonstrada a sua eficácia. (Frederix et al., 2017).

Segundo Middelstvedt et al. (2007) as mudanças nos estilos de vida são difíceis de atingir e de manter. Como os comportamentos de saúde são eficazes apenas na medida em que são mantidos, é importante em termos de intervenção, não só ajudar as pessoas a iniciar as mudanças de comportamento, mas também a manter um padrão auto-sustentável de comportamento (D'Angelo et. al., 2007).

No âmbito das doenças cardiovasculares, nomeadamente na doença coronária, o doente necessitará de um acompanhamento multiprofissional prolongado. É normalmente prescrito um regime terapêutico complexo, com uma componente farmacológica e outra não farmacológica, que exige à pessoa o domínio de um conjunto de conhecimentos e competências, de modo a atingir a mestria na autogestão da sua condição de saúde/doença. Frequentemente, o confronto com a doença exige mudanças não só a nível pessoal, mas também da esfera familiar e social, com necessidade de reformular as atividades no domínio do autocuidado e a própria dinâmica familiar.

No âmbito da gestão da doença crónica, a literatura evidencia investigação e intervenção sustentadas em teorias da motivação humana, sendo um exemplo, a Teoria da Autodeterminação (TAD) (McSpadden et al., 2016). A TAD investiga os processos através dos quais a pessoa adquire a motivação para iniciar novos comportamentos e os mantém ao longo do tempo, nomeadamente os comportamentos de saúde e a adesão ao regime de tratamento (Ryan et al., 2008; Rocha, 2017).

No âmbito das doenças cardiovasculares emerge a necessidade de se conhecer e compreender os fatores sociais, psicológicos e ambientais, associados ao processo de autogestão da pessoa com patologia coronária. Este conhecimento, constitui uma mais-valia na perspetiva de uma enfermagem avançada, visando a promoção do bem-estar, o aumento da qualidade de vida e a prevenção de complicações.

Este estudo tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem, no domínio da autogestão, nomeadamente dos fatores psicossociais que se relacionam com a adesão ao regime terapêutico, visando o desenvolvimento de intervenções centradas na promoção do bem-estar e da qualidade de vida, da pessoa com doença coronária.

Esta dissertação de mestrado intitulada “Autogestão na pessoa com doença coronária” desenvolve-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica e integra um projeto de investigação denominado “Autogestão da doença crónica”

da unidade científico pedagógica Autocuidado da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e do tipo transversal.

Estruturalmente, esta dissertação está dividida em três grandes capítulos. O primeiro capítulo referente ao enquadramento teórico, onde é apresentada uma revisão da literatura acerca da temática em estudo. No segundo capítulo é apresentado o método, mais concretamente o desenho do estudo, a amostra, o procedimento e os instrumentos de recolha de dados e a metodologia de análise de dados. No terceiro capítulo são apresentados os resultados, bem como, a sua análise e discussão à luz da revisão da literatura, de forma a dar resposta aos objetivos do estudo. O trabalho termina com uma conclusão onde são apresentados os principais resultados, as limitações do estudo, as implicações para a prática de enfermagem e propostas para investigações futuras.

1. A DOENÇA CORONÁRIA

As doenças cardiovasculares, de acordo com a OCDE, são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia em Portugal (DGS, 2017). Em 2006, as doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença coronária, foram consideradas um problema grave de saúde pública, com implicações sociais e económicas negativas, devido à incapacidade que acarretam e aos custos relacionados com o seu tratamento. Face à necessidade de implementar uma abordagem integrada deste problema, foi criado o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, com o objetivo de prevenir estas doenças, reduzir a morbilidade e mortalidade associadas, bem como, melhorar a qualidade de vida das pessoas (DGS, 2006). Este programa de intervenção teve continuidade, tendo sido alvo de reformulação e atualização em 2012, passando a denominar-se Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.

Apesar do impacto das doenças cardiovasculares na mortalidade e morbilidade portuguesas, a taxa de mortalidade associada a estas doenças tem diminuído nas duas últimas décadas (Rocha et al., 2015; Macedo e Rosa, 2010), por exemplo, segundo a DGS (2017), entre 2013 e 2015, verificou-se um decréscimo na taxa de mortalidade padronizada e de morbilidade na população portuguesa por enfarte agudo do miocárdio.

A diminuição da mortalidade/morbilidade associada às doenças cardiovasculares, pode resultar da adoção de medidas legislativas preventivas, como o caso da lei de cessação tabágica, a iniciativa legislativa de redução da quantidade de sal no pão, entre outras iniciativas, que visam a adoção de estilos de vida saudáveis pelas populações (DGS, 2013) e ainda, das medidas de prevenção primária/secundária, centradas na correção dos fatores de risco modificáveis (como a hipertensão arterial e a dislipidemia). A par destas medidas de natureza preventiva, tem-se verificado também, uma melhoria significativa tanto a nível do diagnóstico, como no avanço tecnológico do tratamento, por exemplo, a criação e crescente ativação da via verde coronária e do acidente vascular cerebral (AVC) (DGS, 2017). A Direção Geral de Saúde destaca também as medidas de educação para a saúde, da população em geral, sobre o reconhecimento dos sinais de alarme e de situações

especialmente ameaçadoras, como um fator que concorre para uma intervenção mais atempada e a disponibilização de meios específicos de auxílio (DGS, 2017).

Os dados lançados pela DGS (2017), apontam para uma melhoria de todos os indicadores sobre as doenças cérebro-cardiovasculares, contudo, uma vez que estas doenças se mantêm como a principal causa de morte em Portugal, justifica-se que continuem a ser alvo de um programa prioritário no âmbito da intervenção concertada dos serviços de saúde.

A taxa de mortalidade por doença isquémica do coração de 2011 a 2015 tem sido sempre mais elevada no sexo masculino (Antunes, 2011; Rocha et al., 2015; DGS, 2017). A taxa de prevalência da doença isquémica do coração também é superior no sexo masculino em todas as idades, sendo a incidência da doença mais marcada entre os 50 e os 70 anos de idade (Henriques, 2011; ARSN, 2014).

Nos documentos da DGS e para efeitos de análise, as doenças cérebro-cardiovasculares são divididas em dois grupos: a doença isquémica cardíaca, individualizando neste contexto o Enfarte Agudo do Miocárdio e a doença cerebrovascular, individualizando o Acidente Vascular Cerebral Isquémico e Hemorrágico (DGS, 2017).

A doença isquémica cardíaca (DIC), ocorre pela redução parcial ou obstrução completa do fluxo sanguíneo através das artérias coronárias como resultado de um estreitamento (arteriosclerose) e/ou migração de um coágulo de sangue através da árvore coronária. Esta redução do fluxo sanguíneo através das artérias coronárias, resulta numa redução do aporte de sangue ao músculo cardíaco, podendo de acordo com a causa e duração, ter resultados catastróficos e irreversíveis (Henriques, 2011).

Na literatura verifica-se que os termos: doença coronária, doença isquémica do coração ou doença das artérias coronárias, referem-se à mesma situação clínica, implicando quer a angina, quer o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e a morte súbita (Lopes, 2011). Segundo Macedo e Rosa (2010) a doença coronária avançada é, frequentemente, assintomática, com poucas manifestações, pensando-se que a isquemia silenciosa seja responsável por cerca de 75% dos episódios isquémicos. Estes autores referem também que uma parte considerável da DIC progride abruptamente de doença inaparente para enfarte do miocárdio e morte.

O carácter assintomático da evolução da doença dificulta o reconhecimento e tratamento precoces destes doentes, mas também tem uma influência negativa a nível do plano motivacional para a correção de estilos de vida e a adesão ao regime terapêutico (Figueiras, 2008; Henriques, 2011).

A gravidade do quadro clínico da doença coronária é variável, em função da reversibilidade ou não, das lesões do miocárdio, as quais ditam o tipo de intervenção e o prognóstico da doença. Atendendo às manifestações clínicas, é comum considerar-se a apresentação de dois tipos de doença coronária: a Doença Coronária Estável e a Síndrome Coronária Aguda.

Doença Coronária Estável

A Doença Coronária Estável é geralmente caracterizada por episódios reversíveis de desequilíbrio na perfusão do miocárdio, relacionada com isquemia ou hipoxia, geralmente induzidas por atividade física, reações emocionais intensas ou stresse e reprodutíveis, embora também possam ocorrer de forma espontânea (Montalescot et al., 2013). Estes episódios de desconforto torácico transitório, são denominados frequentemente como angina de peito, caracterizados pelo aparecimento de dor ou de desconforto no peito (sensação de peso, aperto, pressão, opressão, falta de ar ou dor), na mandíbula, ombros, dorso, braços ou epigastro, aliviados pela nitroglicerina sublingual ou o repouso (DGS; 2013).

A Doença Coronária Estável pode incluir as fases assintomáticas que sucedem a Síndrome Coronária Aguda e/ou abranger toda a fase assintomática, da insidiosa arteriosclerose coronária (DGS, 2013).

O termo angina está habitualmente associado a isquemia miocárdica por doença aterosclerótica das artérias coronárias e fisiopatologicamente, resulta do desequilíbrio entre o fornecimento e as necessidades de oxigénio para o músculo cardíaco, na presença de lesões obstrutivas das artérias coronárias (DGS, 2013).

O prognóstico nos doentes com Doença Coronária Estável é relativamente benigno com uma taxa anual nas populações mistas estimada entre 1,2-2,4%, e com uma incidência anual de morte cardíaca entre 0,6 e 1,4%. O prognóstico agrava-se nos doentes com fração de ejeção ventricular esquerda reduzida, insuficiência cardíaca, doença de múltiplos vasos, lesões mais graves, idade avançada, capacidade funcional mais deteriorada, depressão significativa e angina mais grave (Montalescot et al., 2013).

O tratamento da Doença Coronária Estável passa pela alteração do estilo de vida, o controlo dos fatores de risco, a terapêutica farmacológica e a educação do doente, com o objetivo de reduzir os sintomas e melhorar o prognóstico (Ibidem). As recomendações sobre o estilo de vida incluem a cessação tabágica, uma dieta saudável, atividade física regular, controlo do peso e lípidos, controlo da tensão arterial e da glicose.

Síndromes Coronárias Agudas

De entre as mortes por causas cardiovasculares, 23% destas são devidas a doença cardíaca isquémica, com destaque evidente para a Síndrome Coronária Aguda (SCA).

A Síndrome Coronária Aguda inclui o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e a angina instável, os quais correspondem a um grupo de condições clínicas que resultam da doença aterotrombótica coronária em fase instável (Alto Comissariado da Saúde, 2007; Macedo, 2013).

Um doente com Síndrome Coronária Aguda tem um risco acrescido de sofrer um evento cardiovascular futuro (Macedo e Rosa, 2010). A Síndrome Coronária Aguda caracteriza-se por um desequilíbrio entre a oferta e a necessidade de oxigénio pelo miocárdio. Segundo Macedo e Rosa (2010), este termo foi desenvolvido para incluir duas formas de apresentação da lesão isquémica do miocárdio, que são classificadas de acordo com a sua expressão eletrocardiográfica. A primeira refere-se à síndrome sem elevação do segmento ST: angina instável e o enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST, os quais partilham a mesma categoria devido à sua semelhança em termos de fisiopatologia e apresentação. No entanto, as duas situações clínicas diferem quanto à gravidade da isquemia e da sua capacidade de provocar lesão, a qual se traduz na libertação de quantidades detetáveis de marcadores de necrose miocárdica (Macedo e Rosa, 2010; Filipone e Farina, 2003). A outra forma de apresentação refere-se ao enfarte do miocárdio em que a oclusão da artéria coronária manifesta-se electrocardiograficamente pela elevação do segmento ST.

Os sintomas mais comuns da SCA (Comissão Nacional para as doenças Cardiovasculares (CNDCV), 2009; Avital et al., 2017) incluem:

- Desconforto retroesternal – opressão, peso ardor, pressão ou dor habitualmente com mais de trinta minutos de duração. Esta dor pode ter irradiação para um ou ambos os membros superiores, pescoço, mandíbula, interescapular ou epigastro.
- Dispneia que pode ser isolada, preceder ou acompanhar o desconforto retroesternal.
- Diaforese, náuseas e vómitos, em alguns casos.

O principal sintoma que desencadeia o desenrolar do diagnóstico e a cascata terapêutica, é a dor torácica, mas a classificação é baseada no eletrocardiograma.

O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de EAM pelo doente ou por outra pessoa, a ativação do sistema nacional de emergência médica e a consequente redução do tempo para o tratamento, reduzem a mortalidade e a morbilidade no EAM (CNDCV, 2009).

Após a confirmação do diagnóstico, é necessário estabelecer um plano terapêutico precoce cuja efetividade será tanto maior quanto menor for o tempo de início do

tratamento, diminuindo assim o aparecimento de complicações, a morbidade e a mortalidade do doente.

Nas últimas duas décadas o tratamento do EAM tem evoluído drasticamente, pois, o tratamento anteriormente limitado à prevenção das complicações, como as arritmias cardíacas, passou a assentar essencialmente em duas estratégias ativas de reperfusão: uma farmacológica com os fibrinolíticos e outra mecânica, denominada angioplastia primária (Marques, 2005).

A angioplastia coronária transluminal percutânea, segundo Henriques (2011), consiste na colocação de um *stent* na artéria coronária lesada por meio de um cateter inserido via artéria radial ou inguinal. A fibrinólise consiste no uso de trombolíticos por via endovenosa que atuam na dissolução dos trombos das artérias coronárias, restabelecendo o fluxo sanguíneo para o miocárdio hipoperfundido, impedindo a evolução completa do processo de enfarte (Sheehy, 2001).

Qualquer que seja o tratamento, este tem como objetivos melhorar o aporte de oxigénio às células do miocárdio, aliviar a dor precordial, estabilizar o ritmo cardíaco, revascularizar por completo a artéria coronária, preservar o miocárdio e reduzir a carga de trabalho cardíaco (Becker et al., 2006 cit. por Cruz, 2013). A redução da mortalidade e morbidade pelas terapêuticas de reperfusão verifica-se sobretudo nas primeiras três horas após o início dos sintomas (CNDCV, 2007).

Quando as formas de tratamento anteriormente referidas não são possíveis ou eficazes, recorre-se ao tratamento cirúrgico, através de uma cirurgia de revascularização das artérias coronárias.

1.1. Fatores de risco cardiovascular

Os resultados de estudos epidemiológicos associam a doença coronária a fatores de risco específicos, os fatores de risco cardiovascular (FRCV). Um fator de risco cardiovascular segundo Silva (2006) é uma característica biológica ou comportamental que, em termos epidemiológicos, está associada com o desenvolvimento ou com o favorecimento da aterosclerose ou de algumas das suas expressões clínicas da doença cardiovascular.

Existem fatores de risco cardiovascular modificáveis e não modificáveis. São fatores de risco não modificáveis, a história familiar de doença coronária em primeiro grau (antes

dos 55 anos no sexo masculino e 65 anos nas mulheres), a idade e o sexo masculino (Han et al. 2008; Piepoli et al. 2016; Kähkönen, 2017).

Os fatores de risco modificáveis são a hipertensão arterial, a dislipidemia, o tabagismo, alimentação inadequada (por ex. excesso de sal, gordura e açúcar, excesso de álcool), excesso de peso/obesidade, sedentarismo, diabetes *mellitus* e stresse excessivo (DGS, 2006; Rocha et al. 2015; Piepoli et al., 2016).

Piepoli et al. (2016) nas *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia sobre prevenção da doença cardiovascular enuncia o tabagismo, a dislipidemia a diabetes mellitus e a hipertensão como fatores de risco major e enfatiza o contributo dos fatores psicossociais como o baixo nível socioeconómico, o baixo suporte social, o stresse, a hostilidade, a depressão e ansiedade, para o aumento do risco de desenvolver uma doença cardiovascular e para o agravamento do prognóstico da mesma.

O estudo AMÁLIA (Macedo et al., 2008), um estudo sobre a perceção da doença cardíaca e cerebral e dos fatores de risco cardiovasculares em Portugal, que decorreu entre 2006 e 2008, faz referência à prevalência dos fatores de risco por ordem decrescente: sedentarismo 76%; excesso de peso/obesidade 51,6%; hipertensão arterial 23,5%; hipercolesterolemia 19,7%; tabagismo 16,3%; diabetes 8,9%. A hipertensão, a diabetes, o sedentarismo e a hipercolesterolemia foram os fatores de risco cuja prevalência aumentou com a idade.

Segundo o Plano Regional de Saúde do Norte (2014-2016) (ARSN, 2014), a prevalência dos fatores de risco cardiovascular (FRCV) é superior no sexo feminino, com a exceção do tabagismo que é mais prevalente no sexo masculino.

O estudo INTERHEART realizado entre 1999-2003, num total de 52 países, que versou sobre os fatores de risco para a doença coronária, demonstrou que nove fatores de risco facilmente mensuráveis e modificáveis podem explicar cerca de 90% do risco de EAM. Este estudo enfatiza que abstinência do tabaco, o consumo diário de frutas e vegetais, e o exercício regular podem, potencialmente, evitar cerca de dois terços da doença coronária (Yusuf et al., 2004). Os resultados indicam ainda que os hábitos tabágicos aumentam o risco de EAM em cerca de 5%. O consumo de tabaco em conjunto com a dislipidemia, são os dois fatores de risco globalmente mais importantes. No estudo acima referido também o stresse e os fatores psicossociais foram considerados como fatores de risco importantes para o EAM.

Tendo em conta a elevada prevalência dos fatores de risco cardiovasculares, a nível nacional, é imperativa a sua prevenção, deteção e correção. Nesse sentido, o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares (DGS, 2017) determinou como missão

reduzir o risco cardiovascular através do controlo dos fatores de risco modificáveis, em particular a hipertensão arterial (HTA) e a dislipidemia, por não integrarem nenhum programa de saúde prioritário como é o caso do tabagismo, da atividade física e da diabetes *mellitus*.

Em seguida abordaremos individualmente os fatores de risco cardiovascular modificáveis, acima descritos.

Hipertensão arterial

A hipertensão arterial é um fator de risco major para a DC, pela sua elevada incidência e ainda pelo seu efeito no processo aterosclerótico, na hipertrofia ventricular esquerda, nas anomalias da microcirculação, na disfunção endotelial, na resistência à insulina e na ativação simpática (Henriques 2011; Gonsalves, 2003). A HTA é uma doença muito prevalente em Portugal, e desde sempre associada a níveis de conhecimento, tratamento e controlo, muito longe dos objetivos da DGS (2014), estes défices podem estar associados à ingestão excessiva de sal, visto que, em Portugal, a quantidade de sal consumida é sensivelmente o dobro daquela que é recomendada pela OMS (5g/dia) (DGS, 2014).

A DGS (2006) faz referência a um estudo realizado sobre a prevalência, conhecimento tratamento e controlo da HTA em Portugal, que revelou que a prevalência da HTA na população adulta portuguesa é de 42% e somente 45,7% da população estudada tinha conhecimento de que era portadora de HTA. O tratamento da HTA visa a curto prazo, obter a redução e o controlo dos valores tensionais, para evitar a médio prazo, a progressão da doença e das suas repercussões nos órgãos alvo resultando na diminuição da morbidade e mortalidade cardiovascular a longo prazo (DGS, 2006).

A Sociedade Europeia de Cardiologia recomenda valores tensionais inferiores a 140/90 mmHg (Piepoli et al., 2016). São recomendações para todos os doentes com hipertensão e indivíduos com tensão arterial normal/alta, medidas relacionadas com alterações do estilo de vida, como o controlo do peso, aumento gradual da atividade física, moderação na ingestão de álcool, restrição de sódio, aumento do consumo de frutas, vegetais e laticínios com baixo teor de gordura.

Dislipidemia

A disfunção endotelial, como uma das primeiras manifestações de doença coronária, tem como causa (de entre outras) a hipercolesterolemia. Os níveis de colesterol plasmático elevados estão relacionados com a presença de placa ateromatosa nas artérias

coronárias, pois o colesterol presente na placa de ateroma provém do colesterol plasmático associado às lipoproteínas em circulação (Henriques, 2011).

O estudo INTERHEART mostrou que a dislipidémia é um dos fatores de risco modificável mais importante em doentes com EAM, comparativamente com as populações de controlo (DGS, 2015a), pois a probabilidade de EAM fatal é quatro a sete vezes superior nos doentes com doença aterosclerótica estabelecida (Henriques, 2011).

Estudos epidemiológicos prospetivos comprovaram que a hipercolesterolemia mantida ao longo do tempo está associada a uma elevada incidência de eventos cardiovasculares, nomeadamente coronários (Silva, 2006 cit. por Henriques, 2011).

Segundo a DGS (2014), no estudo realizado pelo Instituto Becel e Eurotrials, verificou-se que 68,5% da população portuguesa apresentava valores de colesterol total iguais ou superiores a 190 mg/dl e que aproximadamente 25% apresentavam níveis de colesterol de risco elevado (>240 mg/dl) e 45% de risco moderado (190-239mg/dl), não se tendo verificado uma diferença significativa entre sexos. Rocha et al. (2015), referem também não haver uma diferença significativa entre sexos, com uma prevalência de 63,4% no sexo masculino e 63,9% no sexo feminino. No Plano Regional de Saúde do Norte 2014-2016 (ARSN, 2014) a dislipidémia representa o segundo problema de saúde mais registado na região Norte, sendo ligeiramente superior no sexo feminino.

A elevada prevalência de hipercolesterolemia na população portuguesa traduz que, apesar da utilização de hipolipemiantes, a maioria dos doentes não atingem o valor alvo definido pela Sociedade Europeia de Cardiologia (Rocha et al., 2015).

O colesterol LDL (*Low Density Lipoprotein*) elevado é uma causa de doença aterosclerótica, pelo que a sua redução está associada a uma menor probabilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares (Piepoli et al., 2016). Os mesmos autores referem que um baixo nível plasmático de colesterol HDL (*High Density Lipoprotein*) está associado a um maior risco cardiovascular, assim como a hipertrigliceridemia, sendo que esta última tem uma menor associação com a doença cardiovascular. Os valores alvo de colesterol (Total, HDL, LDL) e de triglicéridos vão variar de acordo com o risco cardiovascular calculado, assim como outras comorbilidades existentes.

Excesso de peso

O excesso de peso, onde se inclui a pré-obesidade e a obesidade, constitui provavelmente o principal problema de saúde pública em Portugal, afetando mais de 50% da população adulta, com implicações sérias no aparecimento de doenças crónicas, nomeadamente as doenças cardiovasculares (DGS, 2017a). A investigação epidemiológica

documenta uma associação entre o excesso de peso e o risco acrescido de incidência e agravamento de diversas patologias, dos quais se destacam, em Portugal, a diabetes tipo 2 e as doenças cardiovasculares (DGS, 2017a).

Tanto o excesso de peso como a obesidade estão associados ao risco de morte por doença cardiovascular (DCV) (DGS, 2006; Perk et al., 2012), existindo uma associação de curva em J entre o índice de massa corporal (IMC) e a mortalidade total, sendo que a mortalidade total é mais baixa com um IMC entre 20 a 25 kg/m² (Perk et al., 2012). Rocha et al. (2015) referem que a prevalência do excesso de peso é superior no sexo masculino (61,8%), em relação ao sexo feminino (56,6%).

São recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia, a redução do peso nos indivíduos com excesso de peso e indivíduos obesos, pois esta redução está associada a efeitos favoráveis na pressão arterial e dislipidemia, baixando assim o risco de DCV (Perk et al., 2012).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cérebro-Cardiovasculares no âmbito do combate à obesidade, identifica estratégias que visam a promoção da melhoria da informação sobre os malefícios do excesso ponderal e das vantagens de uma alimentação saudável e equilibrada, associada à prática regular de exercício físico (DGS, 2006; DGS, 2017).

Diabetes *Mellitus*

A Diabetes *Mellitus* tem vindo a aumentar a sua incidência em Portugal, facto que se atribui também a um aumento do sedentarismo e do excesso de peso (DGS, 2016a; DGS, 2017a; DGS 2017b). A prevalência de Diabetes em Portugal é superior à média Europeia e é superior no sexo masculino (12,1%), em relação ao sexo feminino (7,7%) (DGS, 2017b).

A Diabetes *Mellitus* é uma situação clínica em que se encontram reunidos os principais fatores de risco para o desenvolvimento da aterosclerose, que nos diabéticos é mais precoce e mais difusa, tornando as DCV a principal causa de morte para estes doentes, em que 75% se deve a doença isquémica cardíaca (Henriques, 2011).

Para Perk et al. (2012), o tratamento intensivo da hiperglicemia na diabetes reduz o risco de complicações microvasculares e, em menor grau, de DCV, pelo que se recomenda um alvo de 6,5-7,5% (48-58 mmol/mol) de Hemoglobina glicosilada (HbA1C) para a prevenção da DCV na diabetes.

Sedentarismo

O elevado tempo em comportamentos sedentários (qualquer comportamento passado sentado ou noutra posição que implique um baixo dispêndio energético) é uma marca social que caracteriza o estilo de vida da sociedade moderna (DGS, 2016a).

A inatividade física constitui um fator de risco importante para as principais doenças não transmissíveis, sendo em Portugal no ano de 2008, responsável por 8,4% das mortes por doenças cardiovasculares (DGS, 2016a).

Segundo Rocha et al. (2015) a inatividade física é considerada a dimensão negligenciada da prevenção, cujos efeitos para a saúde a tornam num problema de saúde major do século XXI.

Em termos de prevalência da inatividade física em Portugal, esta é maior no sexo feminino ao contrário da tendência verificada nos restantes fatores de risco (Rocha et al., 2015; DGS, 2016a).

Tabagismo

Há evidência de que todas as formas de tabagismo são fatores de risco fortes e independentes de DCV e têm de ser evitadas (Perk et al., 2012). É importante referir que a exposição ao tabagismo passivo aumenta o risco de DCV e tem de ser evitada.

De todas as substâncias químicas nocivas no fumo do tabaco, a nicotina e o monóxido de carbono, são as mais importantes do ponto de vista cardiovascular, por provocarem elevação da tensão arterial e da frequência cardíaca, assim como vasoconstrição coronária (Henriques, 2011).

Rocha et al. (2015), ao compararem a prevalência do tabagismo entre sexos, verificaram que esta é superior no sexo masculino (27,6%), em comparação com o sexo feminino (10,6%). Apesar de toda a informação divulgada, normas e diretivas emitidas pela DGS, o consumo de tabaco em Portugal ainda é elevado em adultos e jovens de ambos os sexos (Ibidem).

As taxas de adesão à cessação tabágica a longo prazo são relativamente baixas (inferiores a 40%), facto que está relacionado com os preços dos substitutos da nicotina (OMS, 2004 cit. por Henriques, 2011).

Stresse e fatores psicossociais

A importância dada aos fatores psicossociais, foi algo de novo nas orientações da Sociedade Europeia de Cardiologia e da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (Perk et al., 2012), relativamente às orientações anteriores de 2007.

Perk et al. (2012) refere que um baixo nível socioeconómico, um baixo suporte social, stresse no local de trabalho e na vida familiar, depressão, ansiedade, hostilidade e uma personalidade tipo D, contribuem tanto para o risco de desenvolver uma DCV, como para o agravamento do desenvolvimento e prognóstico da DCV.

Os fatores de risco psicossociais constituem barreiras à adesão ao regime terapêutico, à introdução de mudanças a nível do estilo de vida, estando associados a piores resultados na saúde e no bem-estar (Ibidem).

1.2. O regime terapêutico na doença coronária

A prevenção secundária da doença coronária pode ser definida como um conjunto de medidas, com o objetivo de reduzir a recorrência da doença cardiovascular e de melhorar o prognóstico a longo prazo (Frederix et al; 2017). A prevenção secundária é alcançada através da adesão ao regime terapêutico da doença coronária, do qual fazem parte o regime medicamentoso e o regime não medicamentoso, este último inclui o regime alimentar, regime de exercício físico, gestão dos fatores psicossociais e a mudança de estilos de vida. Todas as intervenções convergem num objetivo principal, o controle dos fatores de risco.

Regime alimentar

Uma alimentação saudável é referida por Perk et al. (2012) como sendo a pedra angular da prevenção das DCV.

Piepoli et al. (2016) recomendam que a ingestão calórica deve ser limitada à quantidade de energia necessária para manter (ou obter) um peso saudável, ou seja, IMC > 20 e <25 Kg/m² e perímetro da cintura < 94 cm nos homens e < 80 cm nas mulheres. Os mesmos autores recomendam uma dieta saudável como fundamento da prevenção da DCV em todos os indivíduos.

São recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia (Piepoli et al., 2016):

- Ácidos gordos saturados < 10% do total calórico, sendo substituídos por ácidos gordos polinsaturados;
- Ácidos gordos insaturados *trans*: tão poucos quanto possível, preferencialmente nenhuma ingestão de alimentos processados e < 1% do total calórico de origem natural;

- < 5gr de sal por dia;
- 30-45 g de fibra /dia (de preferência de produtos integrais).
- ≥200 g de fruta por dia (2 a 3 peças);
- ≥200g de vegetais por dia (2 a 3 porções);
- Peixe pelo menos 1-2 vezes por semana, uma das quais de peixe rico em ácidos gordos;
- 30 g de nozes sem sal por dia;
- Limitar o consumo de álcool a dois copos por dia (20g/dia) para os homens e 1 copo por dia (10g/dia) para as mulheres.
- Desencorajar o consumo de refrigerantes açucarados e de bebidas alcoólicas.

Atividade física

Segundo a DGS (2006), aumentar atividade física regular da população, em todos os grupos etários, constitui uma das medidas com maior impacto e com melhor relação custo/benefício na redução da incidência e da gravidade das doenças cardiovasculares.

Qualquer tipo de exercício está associado a uma redução do risco de DCV, mesmo antes de o efeito da sua prática ser visível (Perk et al., 2012).

Segundo Piepoli et al. (2016) os adultos saudáveis devem praticar atividade física aeróbica pelo menos 150 minutos por semana, de regime moderado, ou 75 minutos por semana de regime intenso.

Os indivíduos sedentários devem ser fortemente encorajados a iniciar programas de exercício de intensidade ligeira. Os doentes com EAM, CABG (*Coronary Artery Bypass Graft*), ou ICP (Intervenção Coronária Percutânea) prévia, angina estável ou insuficiência cardíaca crónica estável devem, depois de consultarem o seu médico, praticar exercício aeróbico de intensidade moderada a intensa, três ou mais vezes por semana e durante 30 minutos por sessão (Perk et al, 2012).

Cessaçãõ tabágica

Todos os fumadores devem ser encorajados a deixar de fumar, recorrendo a uma abordagem intensiva e de apoio, com um seguimento estruturado para a cessação tabágica. Torna-se também pertinente proteger os não fumadores do tabagismo passivo.

Piepoli et al. (2016) nas recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC) referem que a cessação tabágica é a estratégia mais custo-efetiva da prevenção da DCV e deve passar por breves intervenções com aconselhamento para deixar de fumar, por terapias de substituição da nicotina e apoio constante durante o *follow up*. Nas

recomendações da SEC, a estratégia dos “5 As” é relatada como eficaz em contexto de prática clínica:

- Abordar: perguntar sistematicamente sobre hábitos tabágicos em qualquer oportunidade;
- Aconselhar: incentivar inequivocamente todos os fumadores a deixar de fumar;
- Avaliar: determinar o grau de dependência do indivíduo e a sua disposição para deixar de fumar;
- Ajudar: acordar uma estratégia de cessação tabágica, incluindo a fixação de uma data para parar, aconselhamento comportamental e apoio farmacológico;
- Arranjar: organizar um programa de acompanhamento.

Gestão do stresse e fatores psicossociais

Segundo Perk et al. (2012), em indivíduos com risco elevado de DCV, a gestão do stresse e o aconselhamento sobre fatores de risco psicossociais, são tão importantes como todas as outras recomendações relativas às mudanças de estilo de vida.

Deve ser considerada a avaliação do risco psicossocial, com recurso a uma entrevista clínica ou a questionários normalizados, para identificar possíveis barreiras à alteração do estilo de vida ou à adesão à medicação, em indivíduos com risco elevado de DCV ou DCV estabelecida (Piepoli et al, 2016).

São recomendações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, baseadas nas orientações emanadas pela Sociedade Europeia de Cardiologia, para o controle de fatores de risco psicossociais (Perk et al., 2012):

- Prescrição de intervenções comportamentais multimodais, terapêutica psicológica para os fatores psicossociais e para saber lidar com a doença;
- No caso de sintomas clinicamente significativos de depressão, ansiedade e hostilidade, deve considerar-se a psicoterapia, a medicação e os cuidados multidisciplinares, de modo a reduzir as perturbações do humor e melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Regime medicamentoso

Segundo Macedo e Rosa (2010), todas as recomendações atuais advogam a terapêutica de combinação com quatro classes principais de fármacos na prevenção secundária da doença cardiovascular: antiagregantes plaquetários, β -bloqueadores, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e estatinas. Apesar de estes medicamentos também serem administrados durante a fase aguda, os benefícios a longo prazo só são alcançados com a continuidade do regime medicamentoso.

Após a alta hospitalar, a percentagem de doentes que continuam a prevenção secundária diminui ao longo do tempo (Macedo e Rosa, 2010) e a adesão à medicação em indivíduos de alto risco cardiovascular e em pessoas com doença cardiovascular, é baixa (Piepoli et al., 2016; Chase et al, 2016). Segundo Chase et al. (2016) cerca de um terço dos doentes que tiveram um EAM não aderem ao regime medicamentoso, pelo que os autores enfatizam a necessidade de uma intervenção efetiva de modo a melhorar a adesão.

São recomendações da SEC, para aumentar a adesão ao regime medicamentoso (Piepoli et al., 2016):

- Simplificação do regime medicamentoso ao nível mínimo aceitável, com monitorização repetitiva e feedback. No caso de não adesão são recomendadas a multissessões ou intervenções comportamentais combinadas;
- Avaliação da adesão e identificação das razões da não adesão de modo a personalizar intervenções adicionais;
- Considerar a utilização da polipílula e terapêutica combinada, de modo a aumentar a adesão.

1.2.1. Reabilitação cardíaca

Após um evento coronário agudo, o risco de ocorrerem eventos recorrentes é maior durante os primeiros 6-12 meses, durante os quais está recomendado uma abordagem terapêutica mais agressiva (Piepoli et al. 2016; Cortés-Beringola et al., 2017).

Após um ano do evento crítico, o risco diminui substancialmente, mas mantém-se elevado (Cortés-Beringola et al., 2017). Falamos aqui do risco de desenvolver novos eventos cardiovasculares, mas também um risco aumentado de mortalidade e morbilidade, podendo esta última manifestar-se como angina, insuficiência cardíaca ou AVC (Macedo e Rosa, 2010).

Constituem objetivos primários da investigação e da prática clínica no âmbito das doenças cardiovasculares, contribuir para a redução, a longo prazo, deste risco cardiovascular residual e a melhoria da qualidade de vida.

Segundo Cortés-Beringola et al. (2017) é aconselhável que as intervenções que visam a modificação de fatores de risco e a educação dirigida à promoção de estilos de vida saudáveis, sejam iniciadas ainda durante a hospitalização, após uma síndrome coronária

aguda. Estas medidas devem estar integradas num programa de reabilitação cardíaca, que é um programa multidisciplinar de prevenção secundária, antes e após a alta hospitalar.

A reabilitação cardíaca constitui uma recomendação com o mais alto nível de evidência pelas *guidelines* internacionais (Piepoli et al. 2010; Piepoli et al. 2016; Cortés-Beringola et al., 2017). Os serviços de reabilitação cardíaca são definidos pela CNDCV (2009) como programas a longo prazo, envolvendo avaliação médica, prescrição de exercício, modificação de fatores de risco cardíacos, educação e aconselhamento.

Estes programas têm como objetivos principais a limitação dos efeitos psicológicos e fisiológicos da doença cardíaca, reduzir o risco de morte súbita ou reenfarte, controlar os sintomas cardíacos, estabilizar ou reverter o processo ateroscleróticos e aumentar o status psicossocial e vocacional de doentes selecionados (CNDCV, 2009).

A reabilitação cardíaca após um evento cardiovascular ou intervenção num centro especializado contribui para a adesão, a longo prazo, a um programa de tratamento através da educação do doente e de uma ênfase repetida da importância da manutenção dos tratamentos prescritos e recomendações relativas ao estilo de vida (Perk et al, 2012).

É fundamental que os programas de reabilitação cardíaca sejam realizados por equipas multidisciplinares (cardiologistas, reabilitadores, psiquiatras, psicólogos, enfermeiras especializadas, nutricionistas, fisioterapeutas e técnicos de serviço social) que trabalhem em conjunto no sentido de otimizar todos os aspetos da prevenção secundária (CNDC 2009; Cortés-Beringola et al., 2017). Os programas de reabilitação cardíaca estão normalmente divididos em três fases: intra-hospitalar (fase 1), extra-hospitalar precoce (fase 2) e extra-hospitalar a longo prazo (fases 3 e 4).

Os programas de reabilitação cardíaca são compostos por diversas atividades, que acompanham todas as fases do programa (Cortés-Beringola et al., 2017) organizadas em quatro áreas principais:

- Avaliação clínica: história clínica, sintomatologia e adesão à medicação, avaliação do risco cardiovascular (monitorização de TA, dislipidemia e diabetes *mellitus*), exames imagiológicos e eletrocardiograma;
- Treino de atividade física com aconselhamento e supervisão;
- Promoção de estilos de vida saudáveis e estratégias cognitivo-comportamentais que promovam a integração dessas mudanças na rotina diária (ensino sobre a natureza crónica da doença coronária arterial; educação alimentar; controlo do peso e cessação tabágica);

- Gestão psicossocial: suporte social no caso de isolamento social ou baixo *status* socioeconómico; presença de sintomas de stresse e ansiedade, depressão, disfunção sexual.

Para além das vantagens para o doente, os programas de reabilitação cardíaca garantem também vantagens significativas para o sistema de saúde, com benefícios económicos evidentes. Em geral, em doentes integrados num programa de reabilitação cardíaca, verificam-se menos reinternamentos hospitalares de causa cardiovascular, regresso à vida laboral mais célere e menor custo aos cinco anos (CNDCV, 2009).

Segundo Mendes (2016), em Portugal ainda há um longo caminho a percorrer na reabilitação cardíaca, uma vez que, apesar do aumento gradual de doentes referenciados para programas de reabilitação cardíaca, apenas 8% dos doentes pós EAM participou neste tipo de programas em 2013 no nosso país, valores substancialmente inferiores aos de 30-50% da Europa Central.

Ainda relativamente à realidade Portuguesa, a CNDCV (2009) revela que apenas 75% dos programas ativos de reabilitação cardíaca, em Portugal, integram a componente de controlo de fatores de risco. Estes dados revelam que, apesar de todos os benefícios comprovados, a reabilitação cardíaca está a ser claramente subutilizada em Portugal. As causas mais frequentes para a subutilização da reabilitação cardíaca incluem: a falta de referenciação médica, de divulgação e de motivação dos doentes, a escassez de centros de reabilitação cardíaca e a sua deficiente distribuição geográfica, a acessibilidade e a deficiente comparticipação do Sistema Nacional de Saúde (CNDC, 2009; Mendes, 2016).

Ainda existe um longo caminho a percorrer para que todos os doentes possam participar num programa de reabilitação cardíaca, será necessário um envolvimento a nível de políticas de saúde e dos profissionais de saúde.

Cortés-Beringola et al. (2017) referem alternativas aos modelos de reabilitação cardíaca, com um perfil mais rentável e que garantam a participação de todos os doentes durante o programa, devendo ser explorada a sua continuidade após o término do mesmo. São exemplos, os programas liderados por enfermeiras ou programas de reabilitação domiciliários (com ou sem tele-monitorização) que podem oferecer grande flexibilidade e consequentemente, aumentar a participação dos doentes.

2. AUTOGESTÃO: O PAPEL CENTRAL DA PESSOA NO TRATAMENTO DA DOENÇA CORONÁRIA

Atualmente, a par do aumento da esperança média de vida, verificamos também um aumento do número de pessoas que vivem com uma doença crónica (Barlow et al., 2002). A doença crónica coloca novos desafios às pessoas, quer pelas especificidades da própria doença, do respetivo regime terapêutico que muitas vezes é complexo e prolongado, quer também pela gestão dos sinais e sintomas, que invariavelmente têm implicações na vida quotidiana. Além da adaptação do doente crónico a esta nova condição e à integração desta condição na sua vida familiar, social e profissional, é necessário que o doente deixe de ser um recetor passivo dos cuidados de saúde, mas que se envolva e assuma a gestão diária da sua doença.

A autogestão é definida como a ação orientada para a saúde e, simultaneamente, para a gestão da doença, cujo objetivo é o envolvimento da pessoa doente no tratamento e na gestão das repercussões da doença na sua vida (Foster et al., 2007).

O termo autogestão identifica o doente como um participante ativo e responsável no tratamento, participação essa que pode ir desde a adoção de comportamentos de promoção da saúde, como a prática de exercício físico e a adoção de hábitos alimentares saudáveis, à gestão de uma doença crónica (Lorig e Holman, 2003).

Lorig e Holman (2003) descrevem três conjuntos de tarefas no processo de autogestão na doença crónica:

- Gestão da condição clínica, que inclui a toma da medicação, a adesão a um plano alimentar ou a uma terapia em particular;
- Manter, mudar ou encontrar sentido em novos comportamentos, novas formas de fazer as mesmas actividades ou mudanças de papéis - para um doente coronário pode significar ter que realizar menos tarefas permitindo a outros que colaborem, por exemplo, cozinhar apenas um dos pratos da refeição e outra pessoa confeciona a restante refeição;
- Lidar com as sequelas emocionais que acompanham a sua condição de cronicidade. É comum o doente crónico experienciar emoções de raiva, medo, frustração e depressão, pelo que, aprender a gerir essas emoções, também faz parte do processo de gestão da sua condição.

De acordo com os autores referidos atrás, os quais se inspiraram no trabalho de Corbin e Strauss (1985), os programas de autogestão devem incluir conteúdos que integrem as três tarefas acima descritas. Em geral os programas de educação e promoção da saúde abordam os aspetos da gestão comportamental e da condição clínica, mas a maioria não aborda sistematicamente as três tarefas mencionadas, no entanto, é importante atender à percepção do doente acerca da sua condição e dos problemas que ele próprio percebe (Lorig e Holman, 2003).

Para além das três tarefas debatidas por Lorig e Holman (2003), os autores acrescentam seis competências centrais no processo de autogestão: resolução de problemas, tomada de decisão, utilização de recursos, formação de uma parceria profissional de saúde/doente, plano de ação e autoadaptação. Passamos a descrever com mais pormenor cada uma das seis competências abordadas por Lorig e Holman (2003):

- A resolução de problemas é alcançada através de um processo que passa pela definição do problema, pela criação de possíveis soluções, a implementação das soluções que melhor se adaptam ao doente e a avaliação dos resultados obtidos.

- A tomada de decisão pressupõe a existência de um conhecimento prévio que permitirá à pessoa tomar decisões informadas e adequadas à sua condição, quer seja por sua própria iniciativa e/ ou por informações que obteve através da equipa de saúde que o acompanha. As pessoas com uma doença crónica vêm-se confrontadas com a necessidade de tomar decisões quotidianas em resposta às alterações na sua condição de saúde.

- A utilização de recursos é uma competência básica, mas, frequentemente, negligenciada nos programas de promoção de saúde e educação dos doentes. É importante que os doentes desenvolvam competências para se tornarem mais autónomos na procura e utilização de recursos. Não é suficiente que o profissional informe as pessoas sobre os recursos existentes, se estas não aprenderem a utilizá-los. É também importante tornarem-se mais hábeis na sua descoberta.

- A relação de parceria entre o profissional de saúde e a pessoa portadora de doença crónica. O papel mais tradicional do profissional centrado no diagnóstico e tratamento, tem evoluído para uma interação mais partilhada. Quando se lida com uma doença de longa duração o profissional de saúde assume-se mais como um professor, um parceiro, assim como supervisor.

- Estabelecer um plano de ação. Agir pode parecer uma decisão e não uma habilidade, no entanto, há habilidades envolvidas quando se pretende aprender como mudar um comportamento. Esta competência passa por traçar um plano de ação a curto prazo, estabelecendo objetivos exequíveis no prazo estabelecido. Além dos objetivos delineados

terem que ser tangíveis, a pessoa tem que confiar na sua capacidade para alcançá-los. Se o doente tem confiança, existe uma maior probabilidade de cumprir o seu plano de ação. Se o grau de confiança é baixo, então terá de se investir na resolução de problemas, de modo a estabelecer um plano de ação mais realista e evitar o fracasso.

- Uma outra característica que distingue os programas de autogestão dos programas mais tradicionais de educação e promoção da saúde, é a auto-adaptação. Isto é, a pessoa portadora de doença crónica, integrada no programa de autogestão, consegue utilizar as competências e conhecimentos adquiridos, adequando-os a si mesmo e à sua condição. Nesta abordagem, o profissional de saúde não se limita a procurar personalizar a intervenção em função das crenças do doente, do seu estadió em relação à mudança ou da sua disponibilidade para aprender. A intervenção do profissional vai mais além, no sentido de empoderar o doente para ser ele próprio a personalizar as competências que desenvolve.

Lorig e Holman (2003) sustentam a sua investigação na teoria da autoeficácia de Bandura. De acordo com Bandura (1984) a autoeficácia refere-se à crença do indivíduo na sua capacidade de organizar e executar as ações necessárias para alcançar determinado resultado, sendo que a autoeficácia é geralmente avaliada a partir do questionamento dos doentes sobre o grau de confiança na sua capacidade para atingir determinados comportamentos ou estados psicológicos.

O conceito de autoeficácia é em tudo semelhante ao conceito de competência percebida de Ryan e Deci (2002), uma vez que retrata a crença na capacidade pessoal para desempenhar determinada tarefa ou responder a um desafio. Alguns estudos concluíram que um aumento da autoeficácia é um dos fatores associados às melhorias do estado de saúde, em doentes acompanhados em programas de autogestão (Lorig e Holman, 2003).

A gestão da doença e do regime terapêutico é uma dimensão do autocuidado, razão pela qual abordaremos de seguida o autocuidado.

2.1. Autocuidado

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) o autocuidado é definido como uma “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se

manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (Internacional Council of Nurses (ICN), 2016, p.42).

Petronilho (2013) aborda o autocuidado como um conceito central da enfermagem, que tem evoluído e está associado à autonomia, independência e responsabilidade pessoal.

O autocuidado pode ser definido como um processo de saúde e bem-estar dos indivíduos, inato, mas também aprendido na medida em que assenta na capacidade das pessoas para tomarem iniciativa, assumirem responsabilidades e funcionarem de forma eficaz (Petronilho, 2013), pois as ações de autocuidado visam manter a vida, o funcionamento e o desenvolvimento da pessoa (Martins, 2011a).

O ambiente é definido como o conjunto das circunstâncias daquilo que está em torno da pessoa, influenciando-a na forma como aprende e desempenha as atividades de autocuidado. Assim, os cuidados de enfermagem visam ajudar o cliente a superar as suas limitações no autocuidado, sejam elas totais ou parciais, através de lógicas compensatórias, quer de substituição, quer de desenvolvimento de competências, por via de abordagens educacionais, de modo a que a pessoa possa controlar os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento e funcionamento, em benefício da sua vida, saúde e bem-estar (Orem, 1993; Martins, 2011a).

No âmbito da doença crónica, a promoção do autocuidado faz emergir a necessidade de criação de programas de intervenção, com componentes educacionais, cognitivos e comportamentais, no sentido de facilitar a aquisição de conhecimentos sobre a doença e tratamentos, bem como, capacitar as pessoas para a gestão do regime terapêutico e das implicações da doença na sua vida. Daí que, os objetivos e os resultados da intervenção dos enfermeiros, passem pela concretização de ações por parte dos doentes para obterem ganhos em saúde, pelo que, o autocuidado pode ser considerado um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Petronilho, 2013).

Uma das dimensões do autocuidado, na pessoa que tem de viver e adaptar-se a uma doença crónica, é a adesão ao regime terapêutico.

2.2. A adesão ao regime terapêutico

O termo adesão ao regime terapêutico é muito abrangente, pois não se refere exclusivamente à toma da medicação, mas integra as mudanças do estilo de vida, a participação nas consultas de *follow-up* e todo o tipo de atividades preventivas recomendadas (Machado, 2009; Henriques, 2011).

De acordo com a CIPE (2018) o foco adesão é definido como:

“(...) uma ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)” (ICN, 2016, pp.38).

O problema da não adesão e da gestão ineficaz do regime terapêutico tem uma origem multifatorial (OMS, 2003). A OMS, numa tentativa de identificar os agentes que podem interferir neste processo, reconheceu cinco grupos de fatores relacionados com a adesão terapêutica: os fatores sociais, económicos e culturais; os fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; os fatores relacionados com a doença e comorbilidades; os fatores relacionados com a terapêutica prescrita e os fatores individuais relativos ao próprio doente.

Relativamente aos fatores sociais, económicos e culturais, a OMS (2003) evidencia o estatuto socioeconómico, a pobreza, a iliteracia, o baixo nível de escolaridade, o desemprego, a falta de rede social de suporte, os custos elevados da medicação e dos transportes, cultura e crenças acerca da doença e do tratamento, e ainda a disfunção familiar, enquanto fatores que podem influenciar a adesão ao regime terapêutico.

No que se refere aos fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde, ainda que existam poucos estudos realizados neste âmbito, há evidência de que uma boa relação entre o profissional de saúde e o doente pode melhorar a adesão. São referidos também fatores que influenciam negativamente a adesão ao regime terapêutico como a falta de conhecimento e disponibilidade dos profissionais relativamente à gestão de doenças crónicas, a sobrecarga dos prestadores de cuidados informais, a dificuldade de

acessos às consultas e a curta duração das mesmas, a inexistência de mecanismos de *follow-up* dos doentes em ambulatório, em articulação com outros apoios na comunidade.

Os fatores relacionados com a doença e as co-morbilidades são definidos pela OMS (2003) como as exigências particulares relativas à doença. A adesão está assim associada à severidade dos sintomas, ao nível de dependência (física, psicológica, social e profissional), à evolução e severidade da doença, e à disponibilidade de tratamentos eficazes. Estes aspetos vão influenciar a forma como o doente percebe a importância da adesão ao tratamento. Segundo Russell e Bray (2010) os doentes coronários tendem a apresentar uma elevada motivação para seguir as indicações médicas, comportamento este que se relaciona com a percepção de ameaça séria, que a doença constitui.

Dos fatores relacionados com a terapêutica, a OMS (2003) salienta os que se relacionam com a complexidade do regime medicamentoso, como a duração do tratamento, frequentes mudanças no tratamento, os efeitos colaterais dos fármacos e a falta de disponibilidade dos profissionais para ajudar na gestão do regime medicamentoso.

Por fim, a OMS (2003) descreve os fatores relativos ao doente que influenciam a adesão ao regime terapêutico: idade, sexo, ausência de informação e conhecimentos relativos à doença, a diminuição da motivação e da confiança no tratamento, a ansiedade relativa à toma dos fármacos, a não percepção da necessidade do tratamento.

É importante salientar que a educação dos doentes acerca das suas doenças crónicas, benefícios do tratamento e complicações relacionadas com a não adesão é fundamental. A OE (2009) afirma que a educação do doente é necessária para promover a autogestão, uma vez que, na maioria das condições crónicas, é imprescindível que os doentes estejam envolvidos no seu autocuidado.

A adesão ao regime terapêutico é uma área de intervenção de enfermagem, pois os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para implementar estratégias sustentadas de melhoria da adesão aos regimes terapêuticos (OMS, 2003; Machado, 2009; Henriques, 2011).

Existe evidência científica do papel dos enfermeiros a nível da prevenção primária e secundária no âmbito das doenças cardiovasculares, como é o caso do programa EUROACTION, um programa de intervenção multidisciplinar, coordenado por enfermeiros, para prevenção das DCV, em doentes coronários e indivíduos assintomáticos com risco elevado de doença cardiovascular.

O EUROACTION é um modelo de cardiologia preventiva que pode ser utilizado na prática diária, mas, para alcançar os resultados deste programa é necessário ir além dos

cuidados de reabilitação cardíaca especializados e providenciar programas de prevenção cardiovascular adaptados ao contexto clínico, cultural e económico local.

Este programa demonstrou que a prática preventiva das DCV na Europa pode ser melhorada nos diversos contextos (hospitalar, ambulatório). Os autores verificaram melhores resultados em termos da mudança dos estilos de vida e do controlo de fatores de risco, quer nos doentes com doença coronária, quer nos indivíduos com elevado risco cardiovascular, quando compararam os seus resultados com os resultados obtidos na intervenção habitual (Wood et al. 2008).

2.2.1. Adesão ao regime farmacológico

A adesão ao regime farmacológico ou medicamentoso, traduz-se pela utilização dos medicamentos prescritos ou de outros procedimentos, sendo esta considerada positiva quando pelo menos 80% da sua totalidade é cumprida, tendo em conta o cumprimento do horário, da dosagem e do tempo de tratamento estabelecido (Osterberg e Blaschke, 2005 cit. por Antunes, 2011).

O tratamento da doença coronária exige a toma de múltiplos fármacos a longo prazo para controlo da doença, pelo que a não adesão à medicação prescrita pode acarretar diversos problemas, nomeadamente, o deficiente controlo da pressão arterial, alterações patológicas e sintomatologia ligada ao agravamento da função cardíaca, hospitalização e morte (Albert, 2008 cit. por Antunes, 2011).

Em um estudo sobre a adesão à terapêutica, em doentes com patologia cardíaca, 58,3% dos participantes apresentou uma boa adesão à terapêutica (Santos et al., 2010). Neste estudo verificou-se uma associação positiva entre a maior adesão terapêutica e o apoio social, bem como, entre a adesão e o número mais elevado e regular de consultas de saúde. Os autores referem ainda que, os participantes que apresentavam mais conhecimentos sobre a patologia e a medicação, apresentavam níveis mais elevados de adesão terapêutica (Santos et al., 2010).

A OMS (2003) refere alguns fatores que afetam o nível de adesão à terapêutica: esquecer-se de tomar a medicação, stresse psicossocial, conhecimento e capacidade insuficiente na gestão dos sintomas e do tratamento, crenças negativas em relação à eficácia da terapêutica, inquietação acerca de possíveis efeitos adversos, baixa motivação,

baixas expectativas em relação ao tratamento, frustração relacionada com os profissionais de saúde, baixa autopercepção da necessidade do tratamento e dos riscos relacionados com a doença, ansiedade relativa à complexidade do regime medicamentoso, medo da dependência e estigmatização da doença. Na verdade, a baixa adesão resulta de uma multicausalidade, pelo que, as intervenções para promoverem a adesão devem ser direcionadas às necessidades do doente de modo a atingir um impacto máximo (OMS, 2003).

A percepção do doente relativamente à necessidade de medicação é influenciada pelos sintomas, expectativas, experiências e conhecimento da doença. A motivação do doente para aderir ao tratamento prescrito é influenciada pelo valor que ele atribui ao seguimento do regime terapêutico (custo-benefício) e o grau de confiança que ele tem na sua capacidade para cumprir esse tratamento (OMS 2003).

De acordo com os resultados obtidos por Chase et al. (2016), num estudo de meta-análise, as intervenções no âmbito da adesão foram mais eficazes em pessoas mais idosas, e os enfermeiros foram identificados como profissionais competentes na promoção de comportamentos de saúde junto deste grupo de doentes, e podem ser intervenientes eficazes na promoção da adesão à medicação.

Nobre e Domingues (2017) concluíram que a melhoria da adesão ao tratamento da doença isquémica cardíaca depende do estabelecimento de fluxos efetivos de referenciação entre unidades assistenciais, da adequada informação e esclarecimento das dúvidas do doente, e da atenção dos profissionais de saúde aos múltiplos fatores sociais e culturais envolvidos no processo de adesão.

2.2.2. Estilos de vida e abordagem não farmacológica

O controlo da doença cardiovascular exige um rigoroso programa terapêutico de duração prolongada, com necessidade de envolvimento do doente na correção de hábitos que prejudicam a sua saúde, pelo que a não adesão ao regime terapêutico deveria ser considerado um novo fator de risco cardiovascular (Perdigão, 2008).

A adesão às recomendações de mudança de comportamentos (dieta, exercício, cessação tabágica), após um evento cardiovascular está associado a um baixo risco de eventos cardiovasculares recorrentes e à redução da progressão da doença coronária,

quando comparada com a não adesão (Perk et al, 2012; Piepoli et al. 2016; Kähkönen, 2017). Contudo, a prevalência da não adesão ao regime medicamentoso e a um estilo de vida saudável, está estimada entre 30-60%, em doentes com doença coronária a seguir ao tratamento por intervenção coronária percutânea (Aghabekyan et al. 2012; Kähkönen, 2017).

No contexto de saúde atual, o cumprimento das recomendações relacionadas com o estilo de vida e o regime medicamentoso, inicia um declínio cerca de seis meses após a alta hospitalar (Perk et al, 2012; Kassab et al. 2015), verificando-se um decréscimo da adesão ao regime medicamentoso cardioprotetor para valores abaixo dos 50% (Ockene et al. cit. por Kassab et al. 2015).

Frederix, et al. (2017), relativamente à intervenção no âmbito do regime terapêutico e dos estilos de vida, recomendam a utilização de uma abordagem integrada que englobe múltiplos componentes: avaliação do doente, aconselhamento de atividade física e prescrição de exercício, aconselhamento nutricional, controlo de fatores de risco, gestão psicossocial, adesão terapêutica e educação do doente. Os mesmos autores referem que esta abordagem multidimensional se tem revelado como um grande desafio, não só iniciação da mudança dos comportamentos, mas também na adesão a longo prazo. Os autores referem que, muitos doentes não percebem um forte encorajamento, da parte dos médicos e de outros profissionais de saúde, no que diz respeito à prevenção de eventos recorrentes. Os mesmos doentes consideram que a automonitorização dos fatores de risco e a elaboração de um plano de ação mostraram-se úteis.

A manutenção de comportamentos saudáveis torna-se problemática para muitos doentes, pelo que, os programas preventivos especializados e as consultas, devem utilizar uma abordagem centrada no doente, focada nas prioridades e objetivos deste, incorporando as mudanças no estilo de vida contextualizadas na vida do doente, uma vez que, as mudanças que sejam pessoalmente valorizadas pelo doente, têm uma maior probabilidade de serem mantidas (Piepoli et al., 2015).

Piepoli et al. (2015) nas *guidelines* de prevenção da doença cardiovascular da Sociedade Europeia de Cardiologia defendem que programas liderados por enfermeiras podem constituir programas efetivos de prevenção na DCV e referem dois estudos realizados neste âmbito:

- O estudo EUROACTION, com uma abordagem centrada na família, que conduziu à adoção de estilos de vida mais saudáveis, a nível da dieta e da atividade física, e um controlo mais efetivo dos fatores de risco, quando comparados com os cuidados usuais.

- O estudo RESPONSE que comparou duas amostras de doentes após SCA (uma seguida num programa liderado por enfermeiras e outro grupo com cuidados usuais). Após um ano, verificou-se um melhor controlo dos fatores de risco, menos readmissões e idas ao serviço de urgência, e um menor risco de mortalidade, no grupo de intervenção e piores resultados no grupo de controlo.

Os indicadores de uma boa adesão ao regime terapêutico, no doente coronário, incluem: a cooperação com os profissionais de saúde, a compreensão da doença e dos seus fatores de risco, conhecimento das indicações e consequências da não adesão, a perceção dos benefícios para a saúde e a compreensão da importância da medicação (Rushworth et al. 2012; Kähkönen, 2017). Os fatores motivacionais têm um papel preponderante na adesão ao regime terapêutico, pois segundo Kähkönen et al. (2015) uma maior motivação para a autogestão está associada a uma maior adesão, pelo que, consideramos pertinente abordar uma das teorias que se destaca no estudo da motivação no âmbito da saúde, a Teoria da Autodeterminação.

2.3. Variáveis motivacionais – A Teoria da Autodeterminação

A motivação está na base de todo o comportamento, logo, o estudo da motivação humana está na base da compreensão e explicação do comportamento humano. A motivação é definida como uma energia que dirige o comportamento e no estudo da sua aplicabilidade ao domínio dos cuidados de saúde, destaca-se a Teoria da Autodeterminação (TAD), inicialmente desenvolvida por Deci e Ryan (1985, 2000).

Segundo Deci e Ryan (1985), a distinção entre a motivação intrínseca e a motivação extrínseca é a distinção mais básica e clássica do estudo da motivação. As pessoas podem ser movidas por fatores externos, como sistemas de recompensas, notas, avaliações e/ou opiniões dos outros indivíduos, mas, frequentemente, as pessoas são motivadas internamente, por interesses, curiosidade, cuidado ou valores permanentes. A ação combinada entre as forças extrínsecas, as forças intrínsecas e as necessidades inerentes à natureza humana, constituem o território da TAD (Deci e Ryan, 1985; Deci e Ryan, 2000; Ryan e Deci, 2000).

A TAD é uma macro-teoria da motivação humana, que destaca a importância do desenvolvimento e do funcionamento da personalidade integrada em contexto social

(Garrett, 2008) e vem analisar a motivação de uma perspectiva mais complexa no que diz respeito à qualidade da motivação. Segundo Ryan e Deci (2000a), as pessoas não diferem apenas no nível de motivação, mas também na orientação da motivação, ou no tipo de motivação. A TAD ultrapassa a distinção mais simplista entre motivação intrínseca *versus* extrínseca e atende particularmente aos diferentes tipos de motivação que integram a categoria da motivação extrínseca (Almeida, 2013).

A TAD avança com a distinção fundamental entre a motivação autónoma: agir por escolha e vontade própria; e a motivação controlada: agir em resposta a uma pressão externa ou interna. Segundo Laureano (2014) a diferença entre a motivação autónoma e a motivação controlada, pode ser subtil, mas as implicações a nível comportamental e cognitivo, são significativas. Esta autora refere que na TAD a principal diferença está relacionada com a autonomia e que o grau de autonomia que se proporciona ao sujeito é que vai permitir que este se mova ao longo do *continuum* de motivação, no sentido da motivação controlada para a autodeterminada.

Um princípio importante referido na TAD está relacionado com o papel do contexto social de suporte (ou de dificultador) da motivação autónoma e do processo de internalização (Patrick e Williams, 2012; McSpadden et al., 2016). Segundo estes autores, o contexto social enquadrado pelas necessidades psicológicas básicas é um precursor de uma ótima motivação. É importante referir que nem todas as circunstâncias são facilitadoras da autonomia, ou seja, por vezes o contexto social pode não disponibilizar o suporte de autonomia que a pessoa necessita, ou então, o comportamento/objetivo a atingir podem não ser valorizados ou internalizados pelo próprio, prevalecendo uma motivação mais controlada e/ou externa. Surge assim a necessidade de compreender as características dos indivíduos e dos contextos sociais em que estes se inserem, pois estes podem de alguma forma atenuar os efeitos de uma motivação menos autónoma.

Ao longo das últimas décadas tem vindo a ser desenvolvido um crescente trabalho de investigação sobre as mudanças associadas a comportamentos de saúde. Estes estudos analisam em que medida os fatores associados ao ambiente terapêutico (tais como a promoção da autonomia, da competência e do relacionamento), influenciam a iniciação e a manutenção da mudança pelo indivíduo ao longo do tempo (Ryan et al., 2008).

Enquanto macro-teoria, a TAD compreende seis mini-teorias. Cada uma destas sub-teorias foi desenvolvida para explicar o conjunto de fenómenos motivacionais que emergiram da investigação, por isso, cada uma delas remete para uma faceta da motivação ou funcionamento da personalidade. No âmbito deste estudo torna-se pertinente aprofundar a Teoria das necessidades psicológicas básicas.

2.3.1. Teoria das necessidades psicológicas básicas

Esta teoria explora o conceito de necessidades psicológicas e a sua relação com a saúde psicológica e o bem-estar. As necessidades psicológicas são universais, sendo transversais a todas as culturas e fases de desenvolvimento (Almeida, 2013; Ryan e Deci, 2002).

Considera-se que o ser humano apresenta três necessidades psicológicas básicas: a autonomia, a competência e o relacionamento, e que a satisfação destas necessidades constitui a base para um funcionamento humano integrado e vital (Ryan e Deci, 2002). A satisfação das três necessidades é essencial, e se alguma delas for ameaçada, existirão danos funcionais distintos e danos significativos no bem-estar do indivíduo (Deci e Ryan, 1985; Deci e Ryan, 2000; Ryan e Deci, 2000).

Segundo Ryan e Deci (2002) a autonomia diz respeito à ação que parte do próprio, do seu interesse e dos seus valores. Quando o indivíduo age autonomamente, ele experiencia o seu comportamento como uma expressão do *self*, e independentemente de as ações serem influenciadas por fontes externas, aceita essas influências mantendo o sentimento de iniciativa e valor.

O relacionamento envolve um sentido de pertença (Almeida, 2013), sentir-se ligado aos outros, cuidar e ser cuidado (Ryan e Deci, 2002).

A competência é definida por Ryan e Deci (2002) como um sentimento de eficiência do indivíduo na sua interação contínua com o meio ambiente, vivenciando e expressando as suas capacidades. A necessidade de competência leva o indivíduo a procurar desafios que sejam favoráveis à estimulação das suas capacidades, no sentido de as manter e melhorar. A competência percebida é um conceito em tudo semelhante ao conceito de autoeficácia de Albert Bandura, uma vez que retrata a crença na capacidade pessoal para desempenhar determinada tarefa ou responder a um desafio (Almeida, 2013).

O conceito de necessidades básicas constitui um ponto-chave da TAD, uma vez que, ajuda a prever as condições que promovem resultados mais favoráveis ou menos favoráveis, em termos de desenvolvimento da personalidade, qualidade de comportamento e de experiência, dentro de uma situação específica (Ryan e Deci, 2002).

2.3.2. Aplicação da TAD no contexto das doenças cardiovasculares

A TAD tem sido aplicada em diversos domínios, como o da educação, das organizações, do desporto e da atividade física, da religião, da saúde, da parentalidade, da psicoterapia, entre outros. Transversalmente a estes domínios, a investigação tem constatado a influência dos ambientes controladores *versus* ambientes de suporte da autonomia, no funcionamento e bem-estar, assim como, na performance e na persistência em determinados comportamentos (Deci e Ryan, 1985; Deci e Ryan, 2000; Ryan e Deci, 2000).

Segundo a DGS (2012) a abordagem das doenças cardiovasculares passa pela conjugação de dois fatores: a eficácia das medidas genéricas de prevenção, com ênfase na adoção de estilos de vida saudáveis e na correção de fatores de risco modificáveis. No entanto, há estudos cujos resultados revelam que as pessoas com doença coronária, frequentemente falham na manutenção dos comportamentos de saúde (Peterson et al., 2010). A TAD pode constituir uma resposta a este problema na medida em que, tem uma vasta aplicabilidade no âmbito da saúde e da doença, na promoção dos comportamentos autodeterminados, na fomentação dos cuidados de saúde e na adesão aos tratamentos (Garrett, 2008).

Os estudos sustentados na TAD têm procurado investigar a forma como os profissionais de saúde podem ser agentes promotores da mudança de comportamento em direção a melhor saúde e bem-estar. Quando os profissionais de saúde assumem um suporte autónomo e não de controlo, facilitam o processo de identificação e de integração do comportamento, que por sua vez, faz emergir uma motivação mais autónoma e autodeterminada (Almeida, 2013).

Quando os profissionais de saúde possibilitam uma relação de proximidade com os utentes, podem facilitar o desenvolvimento de um sentimento de competência e ajudar as pessoas na identificação das barreiras à mudança e das estratégias para as contornar, promovendo assim a mudança comportamental (Almeida, 2013).

Ryan et al. (2008) desenvolveram um modelo de mudança de comportamento, o qual é apresentado na figura 1. Neste modelo a satisfação das necessidades básicas de autonomia, de competência e de relacionamento, são influenciadas pelo contexto social e pelo ambiente terapêutico (suporte autónomo *versus* de controlo), pelas diferenças de personalidade e pela natureza dos objetivos de vida. A satisfação destas necessidades tem impacto nas escolhas e na adoção de determinados comportamentos, e tem consequências

positivas na saúde, nomeadamente, melhora a saúde mental em geral e a qualidade de vida.

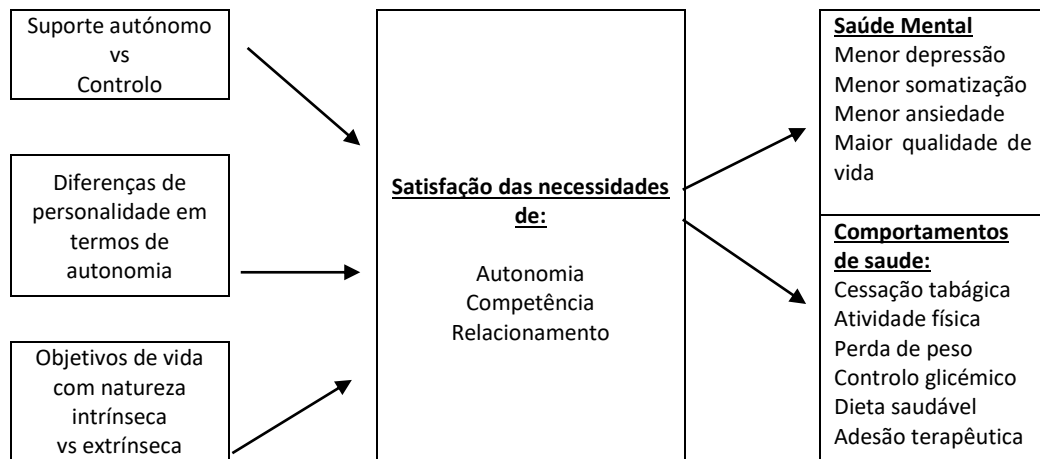


FIGURA 1: Modelo de mudança de comportamento de saúde da TAD, adaptado de Ryan, Patrick, Deci e Williams (2008)

Têm-se desenvolvido múltiplos estudos no âmbito da TAD que provaram a sua aplicação em diversos contextos de saúde. Williams et al. (2006) realizaram uma intervenção no sentido de aumentar a motivação autónoma para a cessação tabágica e a diminuição dos níveis de colesterol, num grupo de fumadores. Concluíram que a intervenção focada no suporte da autonomia foi efetiva no aumento da abstinência tabágica, a longo prazo, e na diminuição dos níveis de colesterol LDL.

Rahman et al. (2015) realizaram um estudo que examinou o processo subjacente às mudanças no bem-estar psicológico e à regulação comportamental na reabilitação cardíaca, à luz da TAD. Os autores salientaram a importância do reforço da perceção dos doentes acerca da satisfação das necessidades psicológicas e da motivação autodeterminada, na melhoria do bem-estar, durante o programa de reabilitação cardíaca e na manutenção da atividade física a longo prazo.

Peterson et al. (2010) realizaram um estudo que documentou valores, atitudes e crenças, que influenciam as mudanças de comportamento num grupo de doentes pós-angioplastia. Concluíram que as intervenções no âmbito do estilo de vida, devem ser culturalmente relevantes e adaptadas às capacidades físicas do indivíduo e que, fomentar a autodeterminação e o suporte social, pode promover uma mudança de comportamento bem-sucedida.

Mildestvedt et al. (2007) num estudo realizado com doentes coronários, concluíram que os doentes que integraram um programa de reabilitação cardíaca, atingiram mudanças do regime alimentar, a longo prazo. Os autores relacionam esta mudança e manutenção do comportamento alimentar, com a motivação autónoma e com a autoeficácia.

Rocha (2017) num estudo sobre a abstinência tabágica a curto e longo prazo, em pessoas fumadoras, após síndrome coronária aguda, concluiu que a competência percebida prediz positivamente a abstinência tabágica.

Além de estudos com pessoas com doença coronária, a TAD tem sido utilizada para sustentar a investigação em diferentes contextos.

Garrett (2008) realizou um estudo no sentido de explorar a adesão à terapêutica da diabetes na adolescência, e concluiu que a competência percebida é um fator motivacional com impacto na autonomia dos adolescentes e na adesão ao tratamento. Também evidenciou que o ambiente terapêutico, quando percebido pelos adolescentes como estimulador da autonomia, parece contribuir para melhorar a autonomia e a competência percebida, estando esta última associada a uma boa adesão ao tratamento.

Regufe (2017) evidenciou o papel autonomia e da competência percebida na adesão ao regime terapêutico, em pessoas com diabetes e Vieira (2017) evidenciou a importância da competência percebida na adesão ao regime terapêutico, em pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Também Almeida (2013) sustentou o estudo sobre a adoção de comportamentos de saúde, na TAD.

Williams et al. (2004) realizaram um estudo longitudinal em doentes com diabetes tipo 2 e concluíram que, o suporte proporcionado pelo ambiente terapêutico facilitou a percepção da autonomia e da competência, que por sua vez foram preditoras de um melhor controlo glicémico. No mesmo sentido, Russel e Bray (2010) concluíram que um ambiente terapêutico que suporta a autonomia, potencia uma motivação mais autodeterminada e uma maior adesão ao regime de exercício físico em doentes coronários, que se encontravam a participar num programa de reabilitação cardíaca.

McSpadden et al. (2016) realizaram um estudo de modo a determinar a associação entre a motivação e a ingestão de fruta e vegetais. Estes autores concluíram que a motivação autónoma, associou-se positivamente à ingestão de fruta e vegetais, o que não se verificou para a motivação controlada.

Em suma, podemos afirmar que a TAD tem uma aplicação extensa a nível do contexto saúde/doença e que as intervenções de saúde sustentadas nesta teoria têm resultados positivos na adesão aos tratamentos, nas mudanças de comportamentos e na manutenção dessas mesmas mudanças, a longo prazo.

2.4. Suporte Social

No âmbito da gestão da doença e do regime terapêutico, o suporte social tem sido uma variável estudada e a evidência aponta para o seu papel facilitador do processo de autogestão na doença crónica (McSpadden et al., 2016).

O suporte social, segundo Guerra (1994), abrange todo o apoio social de que o indivíduo dispõe desde o suporte financeiro, suporte da comunidade, da família, até aos relacionamentos afetivos/amorosos. A autora define três linhas mestras no suporte social: uma oferecida pela comunidade onde o indivíduo está inserido, outra pelas instituições às quais o indivíduo pertence e outra pelos relacionamentos íntimos que o indivíduo tem.

O suporte social também é definido como a disponibilidade de uma rede de familiares e amigos para informação, encorajamento, apoio emocional e promoção de um ambiente, para a manutenção de um comportamento (Spahn et al., 2010; McSpadden et al., 2016).

Na literatura não existe consenso quanto à definição do conceito de suporte social, no entanto, a consideração de três tipos de suporte: emocional, instrumental e informativo, é a tipologia mais comum (Encarnação, 2014).

O suporte emocional está associado à partilha de vivências e envolve o apoio disponibilizado por pessoas que, através de uma relação de empatia e ajuda, se preocupam em escutar, dar amor, confiança, simpatia e bem-estar a nível psicológico, contribuindo para a diminuição do stresse e dos problemas emocionais, e também se relaciona com a perceção e satisfação do indivíduo quanto à disponibilidade do apoio emocional relativamente à condição de saúde e tratamento (Helgeson, 2003; Abreu-Rodrigues e Seidl, 2008).

O suporte instrumental refere-se à perceção e satisfação que o indivíduo apresenta quanto à disponibilidade de apoio para as questões operacionais relacionadas com o tratamento, atividades diárias, ajuda material ou financeira (Abreu-Rodrigues e Seidl, 2008) que normalmente é assegurado por amigos, familiares ou vizinhos (Mattson e Hall, 2011; Helgeson, 2003).

O suporte informativo diz respeito à informação ou orientação fornecida ao indivíduo (Helgeson, 2003), permitindo que este adquira os conhecimentos e as competências necessárias para a tomada de decisão e para lidar melhor com os problemas (Helgeson, 2003; Mattson e Hall, 2011). Esta informação é melhor aceite quando é fornecida por profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, do que

quando são os familiares e amigos a transmitir o mesmo tipo de mensagem (Helgeson, 2003).

Muitos autores, de diversas áreas do conhecimento, têm vindo a apontar o suporte social como um fator com repercussões positivas a nível da saúde física e mental (Rodrigues e Madeira, 2009; Siqueira, 2008).

Pesquisas realizadas ao longo dos anos, constataram que pessoas socialmente isoladas apresentam uma saúde mais debilitada e uma taxa de mortalidade muito superior às pessoas com mais contactos sociais. Na verdade, o isolamento social constitui um fator de risco tão elevado quanto o tabagismo, a obesidade, a inatividade física e os níveis elevados de colesterol (Hockenbury e Hockenbury, 2003; Rodrigues e Madeira, 2009) estando associado a um maior risco de mortalidade (Eng et al., 2002; Abreu-Rodrigues e Seidl, 2008).

No âmbito da doença crónica, o suporte social é um importante recurso, que pode aliviar a angústia que o doente experimenta na sua condição crónica, contribuindo para uma maior adesão ao tratamento médico e à diminuição do tempo de recuperação (Pedroso & Sbardelloto, 2008; Rodrigues e Madeira, 2009). Na literatura encontra-se evidência de que lidar com uma doença crónica é especialmente difícil quando a pessoa se sente isolada e/ou rejeitada socialmente (Straub, 2005; Abreu-Rodrigues e Seidl, 2008).

Abreu-Rodrigues e Seidl (2008) referem que o apoio social é geralmente accionado e mobilizado como recurso para ajudar os doentes a enfrentar a sua condição de saúde e as consequências adversas da mesma. Estes autores referem também que, um suporte social adequado, pode diminuir o risco de agravamento da doença ao promover comportamentos relevantes para a sua manutenção e controlo.

Allen et al. (2001) num estudo descritivo sobre a associação entre o suporte social e a adoção de comportamentos de saúde, confirmaram que o nível reduzido de suporte social esteve associado a baixa adesão a comportamentos de saúde que, por sua vez, se associa diretamente a taxas de mortalidade e morbilidade elevadas.

O suporte social parece influenciar positivamente a adesão à prática de atividade física, à adoção de um regime alimentar adequado, à cessação tabágica e à redução do consumo de álcool (Eng et al., 2002; Abreu-Rodrigues e Seidl, 2008).

Ainda no que diz respeito à adoção de comportamentos de saúde, McSpadden et al. (2016) realizaram um estudo de modo a determinar a associação entre a motivação, o suporte social percebido e a ingestão de fruta e vegetais. Verificou-se uma associação positiva e significativa entre a motivação autónoma, o suporte social percebido e a

ingestão de frutas e vegetais, isto é, pessoas mais autônomas, com maior suporte social percebido, consumiam maior quantidade de frutas e vegetais.

Na pesquisa efetuada encontramos referência a vários trabalhos centrados no estudo do suporte social e dos comportamentos de saúde, nomeadamente, a relação entre o suporte social e a adoção de comportamentos de saúde, motivação e adesão ao regime terapêutico. Alguns autores realizaram investigação no domínio da doença coronária e no controle dos fatores de risco cardiovascular:

Helgeson (2003) realizou um estudo, com doentes coronários, sobre que tipo de suporte social iriam necessitar os doentes e as respetivas esposas, após um evento coronário. Concluiu que para os doentes, o tipo de suporte social referido como redutor do stress foi o suporte informativo, mas para as esposas, foi o suporte instrumental.

Abreu-Rodrigues e Seidl (2008) referem que, o isolamento social e a falta de suporte, são fatores de risco para o agravamento da doença coronária. Os autores verificaram uma correlação positiva entre o suporte social e a melhoria do funcionamento do sistema cardiovascular (e.g., a nível do controlo da tensão arterial e da frequência cardíaca), e outros autores referem que a inexistência ou precariedade do suporte social, pode acelerar a progressão da doença (Wang et al., 2005).

O isolamento social, muitas vezes auto imposto pelos próprios doentes, assim como a falta de percepção de apoio social, estão associados a menor adesão à terapêutica e a taxas de mortalidade pós-enfarte mais elevadas (Santos, 2004).

O melhor prognóstico da doença cardíaca associado à presença de suporte social, acontece porque o apoio social funciona como moderador dos danos secundários causados pela doença coronária (Abreu-Rodrigues e Seidl, 2008). Wallace et al. (2000, cit. por Abreu-Rodrigues e Seidl, 2008) demonstraram que o suporte de amigos e familiares prediz a participação em atividades físicas e, conseqüentemente, leva à diminuição do sedentarismo em doentes coronários.

Tendo em conta a evidência encontrada relativamente à importância do suporte social na autogestão da doença, é fundamental que as intervenções realizadas pela equipa multidisciplinar promovam o suporte social, pois estas têm-se mostrado eficazes quando comparadas com os cuidados médicos usuais centrados apenas no doente/doença (Hogan et al., 2002; Abreu-Rodrigues e Seidl, 2008).

O papel do enfermeiro neste contexto é fundamental pois o seu foco de atenção deixa de ser apenas o doente, mas toda a sua envolvência, avaliando o suporte social percebido e estabelecendo um plano de cuidados que contemple estratégias para

minimizar a falta de suporte social e a promoção do mesmo, envolvendo a família/prestadores de cuidados do doente.

As orientações ao cuidador sobre as particularidades do quadro de saúde do doente, assim como sobre as formas de fornecer apoio social, instrumental e emocional, é fundamental para promover o desenvolvimento de suporte relevante e, conseqüentemente, auxiliar o processo de reabilitação e promoção da saúde do doente, aumentando a qualidade de vida do mesmo (Abreu-Rodrigues e Seidl, 2008).

3. MÉTODO

Neste capítulo será descrito o método utilizado no estudo empírico. Será apresentada a finalidade, os seus objetivos e o desenho do estudo. Serão ainda descritos os participantes e os instrumentos de recolha de dados.

Para finalizar este capítulo, serão descritos os procedimentos de recolha de dados e de cumprimento das questões éticas inerentes a este tipo de investigação, assim como o método de análise dos dados.

3.1. Pertinência, finalidade e objetivos do estudo

As doenças cardiovasculares, segundo a Organização Mundial de Saúde (2011), prevalecem como a maior causa de morte a nível mundial, sendo responsáveis por mais de 17 milhões de mortes por ano. Em Portugal, nos últimos cinco anos ocorreu um agravamento da mortalidade prematura, abaixo dos 70 anos, por doença isquémica cardíaca (DGS, 2017).

A doença coronária é uma doença silenciosa cuja sintomatologia surge já numa fase avançada da doença. A prevenção primária e secundária passa essencialmente pelo controlo dos fatores de risco cardiovascular, que se operacionaliza através do cumprimento de um regime terapêutico, constituído por um regime medicamentoso complexo e mudanças importantes dos estilos de vida.

As mudanças recomendadas nos estilos de vida são difíceis de atingir e de manter (Mildestvedt et al., 2007), mas, na verdade, só são eficazes se forem mantidas, daí a importância de as estratégias de intervenção contemplarem, não só a ajuda para as pessoas iniciarem essas mudanças, mas também para atingirem um padrão auto-sustentável de comportamento (D'Angelo et al., 2007).

Emerge assim a necessidade de se conhecer e compreender melhor os fatores que influenciam a autogestão do doente com patologia coronária, nomeadamente os fatores psicológicos, sociais e ambientais, de modo a estabelecer um plano de ação direcionado às necessidades e dificuldades destes doentes.

Este estudo tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem, nomeadamente dos fatores psicossociais que se relacionam com a autogestão do regime terapêutico, visando o desenvolvimento de intervenções centradas na promoção do bem-estar e da qualidade de vida, da pessoa com doença coronária.

No sentido de dar resposta à finalidade do estudo, foram definidos os seguintes objetivos:

- Avaliar as variáveis motivacionais, da pessoa com doença coronária, face à gestão do regime terapêutico: grau de autonomia, competência percebida e percepção do ambiente terapêutico;
- Caracterizar o suporte social, percebido pela pessoa com doença coronária;
- Avaliar a adesão, da pessoa com doença coronária, ao regime terapêutico;
- Analisar as relações entre as variáveis motivacionais, o suporte social e a adesão ao regime terapêutico;
- Analisar as relações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, e as variáveis motivacionais, o suporte social e a adesão ao regime terapêutico;

3.2. Desenho do estudo

Para dar resposta aos objetivos anteriores desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa, descritivo- correlacional, do tipo transversal.

3.3. Variáveis

Neste estudo, em função da revisão da literatura previamente descrita, foram definidas as seguintes variáveis:

-Variáveis principais: variáveis motivacionais (grau de autonomia, competência percebida e ambiente terapêutico); suporte social percebido; adesão ao regime terapêutico (medicamentoso e não medicamentoso).

-Variáveis secundárias: variáveis sociodemográficas (idade, sexo, anos de escolaridade, profissão e situação laboral, estado civil, número de filhos, número de coabitantes, local de residência); variáveis clínicas (diagnóstico, seguimento em consulta de enfermagem e frequência das consultas, tempo de diagnóstico, antecedentes pessoais, pessoas que constituem rede de apoio).

É apresentada de seguida a definição de cada uma das variáveis principais:

- Autonomia ou autodeterminação: refere-se à vontade da pessoa para iniciar e manter o regime de tratamento da doença coronária. Segundo Almeida (2013) os motivos que levam a pessoa a agir podem ter uma origem mais autónoma (age em função da sua vontade ou de acordo com os seus valores) ou mais controlada (a pessoa age em resposta a pressão, interna ou externa) ou ainda impessoal (age de forma passiva, sem vontade ou interesse), esta última denominada de amotivação.
- Competência percebida: reporta-se à perceção que a pessoa tem da sua capacidade para cumprir o regime de tratamento da doença coronária.
- Ambiente terapêutico: refere-se à perceção sobre o acompanhamento do profissional de saúde, isto é, se o profissional de saúde tem uma intervenção predominantemente incentivadora da autonomia do doente, ou pelo contrário, tem uma orientação mais controladora.
- Suporte social percebido: refere-se à perceção que a pessoa possui relativamente à existência de apoio por parte de familiares e pessoas significativas. Este apoio pode ser de três tipos: afetivo, financeiro e manutenção da autonomia pessoal.
- Adesão ao regime medicamentoso: descreve a avaliação que a pessoa faz sobre o seu comportamento face ao regime medicamentoso prescrito, nomeadamente a frequência com que ajusta ou altera as dosagens prescritas.
- Adesão ao regime terapêutico não medicamentoso: descreve a avaliação que a pessoa faz sobre o seu comportamento face ao regime não medicamentoso prescrito. No caso específico da doença coronária, o regime terapêutico não medicamentoso inclui o regime alimentar e regime de exercício, passando também pela adoção de hábitos saudáveis, tal como, a redução da exposição ao tabaco e o controlo do stresse.

3.4. Participantes

Os participantes deste estudo foram 46 pessoas portadoras de doença coronária, com idade superior a 18 anos, a serem seguidos numa Unidade Hospitalar Pública e numa Unidade Hospitalar Privada da região norte do país, recrutadas entre abril de 2014 e junho de 2015. Trata-se de uma amostra não probabilística e de conveniência.

A estratégia de seleção dos participantes passou pela definição de critérios de inclusão e exclusão. Foram critérios de inclusão: (1) diagnóstico de patologia coronária, independentemente de há quanto tempo tenha sido diagnosticada a doença; (2) ambos os sexos; (3) maiores de 18 anos; (4) serem seguidos em consulta de enfermagem ou na ausência desta, serem acompanhados em consulta médica da Especialidade de Cardiologia. Foram critérios de exclusão: (1) patologia cardíaca não coronária; (2) a presença de défices cognitivos que impossibilitassem o preenchimento do questionário.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Foram incluídos neste estudo 46 indivíduos com doença coronária, com idades compreendidas entre os 37 e os 81 anos. A média de idades é de 62,35 anos com um desvio padrão de 10,29 (ver tabela 1). Apesar de haver alguma dispersão de idades, a maioria dos participantes tinha mais de 65 anos.

Quanto à escolaridade verifica-se que a média de escolaridade foi de 7,59 anos, mas que, um número elevado de participantes, tinham apenas 4 anos de escolaridade. Estes dados revelam que o nível de escolaridade dos participantes, era no geral baixo.

TABELA1: Distribuição da amostra, segundo a idade e os anos de escolaridade

Variável	M	Med	Mo	DP	Min-Max
Idade (N= 46)	62,35	65	65	10,29	37-81
Anos de escolaridade (N= 46)	7,59	6	4	4,56	2-21

Outros dados sociodemográficos são apresentados na tabela 2. Relativamente ao sexo, a maioria dos participantes é do sexo masculino (82,6%) e quanto ao estado civil, a maioria dos indivíduos (80%) são casados ou vivem em união de facto. Quanto ao número de filhos, este variou entre 0 e 4 filhos, mas, a maior parte dos doentes tinha 2 filhos (39,1%).

Quanto à questão: “quantas pessoas vivem consigo?”, pretendia-se determinar o número de pessoas com quem o doente coabitava. Apenas 15,2% dos participantes habitavam sozinhos, a grande maioria (45,7%) partilhava a habitação com mais uma pessoa.

Relativamente à situação no emprego, a maior parte dos participantes (60,9%) estavam reformados, sendo este resultado esperado tendo em conta a faixa etária predominante. Dos doentes que se encontravam empregados (28,3%), a grande maioria encontrava-se ativa (69,2%) no momento da colheita de dados. Apenas 30,8% dos doentes se encontravam de baixa devido à doença coronária (por terem estado internados ou terem sido submetidos a angioplastia há menos de 3 meses).

TABELA 2: Caracterização da amostra quanto ao sexo, estado civil, situação no emprego, coabitação e número de filhos

Variável		N= 46	%
Sexo	Masculino	38	82,6
	Feminino	8	17,4
Estado civil	Solteiro	1	2,2
	Divorciado/ Separado	3	6,5
	Viúvo	5	10,9
	Casado/ junto	37	80,4
Número de filhos	0	4	8,7
	1-2	34	73,9
	>=3	8	17,4
Coabitação	0 (sozinho)	7	15,2
	1 (cônjuge)	21	45,7
	>1	18	39,1
Situação no emprego	Empregado	13	28,3
	Desempregado	5	10,9
	Reformado	28	60,9
Se empregado	Ativo	9	69,2
	Baixa	4	30,8

Dos participantes que se encontravam empregados, o grupo profissional que mais se evidenciou, de acordo com a classificação nacional de profissões do Instituto Nacional de Estatística, foi a dos operários, artífices e trabalhadores similares, com 46,1% da amostra. Pertencem a esta categoria profissões como marceneiros, operários da construção civil e da

metalurgia. Em seguida, a categoria que mais se evidenciou uma percentagem de 15,4%, foram as de cargos superiores de administração pública, empresas/dirigentes, os técnicos e os profissionais de nível intermédio (Tabela 3).

TABELA 3: Distribuição da amostra, participantes empregados, segundo a profissão

Profissão	N= 13	%
Profissões das forças armadas	1	7,7
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas	2	15,4
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	1	7,7
Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	7,7
Pessoal administrativo e similares	1	7,7
Pessoal dos serviços e vendedores	1	7,7
Operários, artífices e trabalhadores similares	6	46,1

Os doentes incluídos na amostra residiam, na sua maioria, no distrito do Porto (97,8%), apenas um indivíduo residia no distrito de Bragança (tabela 4). Os concelhos mais representados nesta amostra por ordem de representatividade foram Porto, Lousada e Penafiel.

TABELA 4: Distribuição da amostra por Concelho de residência

Concelho	N= 46	%
Amarante	2	4,3
Felgueiras	2	4,3
Gondomar	4	8,7
Lousada	5	10,9
Macedo de Cavaleiros	1	2,2
Maia	1	2,2
Marco de Canaveses	2	4,4
Matosinhos	1	2,2
Paços de Ferreira	2	4,4
Paredes	3	6,5
Penafiel	5	10,9
Porto	10	21,8
Trofa	1	2,2
Vila do Conde	3	6,5
Vila Nova de Gaia	4	8,7

Caracterização clínica da amostra

Na Tabela 5 são apresentados os dados clínicos. Quando questionados acerca da doença pela qual estavam a ser seguidos na instituição, 50% dos participantes responderam doença coronária, 45,7% responderam EAM e 4,3% Angina. Apesar de o EAM e a Angina serem também manifestações de doença coronária, foram consideradas todas as respostas obtidas, constatando-se que todos os participantes sabiam a doença pela qual estavam a ser seguidos, aquando da realização da colheita de dados.

Um pouco mais de metade dos participantes (54,3%) não era seguida em consulta de enfermagem. Dos 45,7% que eram seguidos em consulta de enfermagem, a frequência das consultas variava entre um mínimo de duas vezes por mês e um máximo de seis em seis meses. As consultas de enfermagem não integravam um programa oficial de reabilitação cardíaca com todas as fases e componentes, nem estavam incluídas num programa com uma equipa multidisciplinar. Todos os doentes internados no serviço de Cardiologia com capacidade demonstrada para a gestão do regime terapêutico eram referenciados para a consulta de enfermagem, sendo os enfermeiros do internamento os responsáveis pela realização dessa consulta, após a alta hospitalar. As consultas de enfermagem baseavam-se na vigilância de parâmetros biofísicos e clínicos, avaliação da adesão ao regime terapêutico, promoção de estilos de vida saudáveis e capacitação do doente para a autogestão da doença. Em termos operacionais, na consulta era feita a avaliação dos conhecimentos do doente acerca da doença e instituídas intervenções no sentido de aumentar os conhecimentos dos doentes acerca da doença e do regime terapêutico. Estas intervenções, por vezes, iniciavam-se ainda durante o período de internamento.

Segundo a equipa de enfermagem que realiza estas consultas, trata-se de um programa com grande participação por parte dos doentes e respetivas famílias, e que tem demonstrado resultados positivos na adesão ao regime terapêutico, apesar de alguns doentes terem que percorrer distâncias consideráveis (superiores a 20 km) para estarem presentes nas consultas.

Quanto ao tempo de diagnóstico, a maioria dos participantes (30,4%) tinha sido diagnosticado há mais de 10 anos e apenas 19,6% tinha sido diagnosticado há menos de 6 meses.

TABELA 5: Caracterização Clínica

Variáveis		N	%
Doença	Angina	2	4,3
	Coronária	23	50
	EAM	21	45,7
Consulta de Enfermagem	Sim	21	45,7
	Não	25	54,3
Tempo de diagnóstico	< 6 meses	9	19,6
	6– 12 meses	11	23,9
	1– 5 anos	6	13
	5– 10 anos	6	13
	>10 anos	14	30,4

Relativamente aos antecedentes pessoais (tabela 6), apenas 15,2% dos indivíduos referiram não ter nenhum antecedente pessoal até à data de realização do questionário. Os antecedentes que mais se destacaram foram os cardiovasculares (45,6%), entre eles o EAM e a Angina, seguidos dos antecedentes cirúrgicos (28,2%) e os ex-fumadores (26%).

TABELA 6: Antecedentes pessoais referidos pelos participantes

Antecedentes pessoais	N	%
Cardiovasculares	21	45,6
Cirúrgicos	13	28,2
Depressão	3	6,5
Ex-fumador	12	26
Oncológicos	2	4,3
Patologia osteoarticular	4	8,7
Patologia respiratória	2	4,3

Quando questionados acerca das pessoas que constituíam a sua fonte de apoio no momento, os participantes referiram familiares diretos como esposas, maridos, filhos, pais, sogros, noras e genros. Apenas um participante referiu a assistente social como o seu único apoio, por não ter família.

Quanto aos fatores de risco cardiovascular, o excesso de peso (IMC > 25), foi o fator de risco com maior prevalência (87%), seguido da dislipidemia (76,1%) e da HTA (71,7%). Apenas 21,7% referiu ser fumador – esta percentagem seria muito mais elevada se fossem contabilizados os indivíduos que referiram já terem sido fumadores.

Em relação à distribuição dos fatores de risco cardiovascular por sexo (tabela 7), verificamos que, com a exceção da dislipidemia, existe uma predominância dos fatores de risco cardiovascular no sexo feminino.

TABELA 7: Fatores de risco cardiovascular (Total e por sexo)

	N	Total (%)	Masculino (%)	Feminino (%)
HTA	33	71,7	71,7	100
Dislipidemia	35	76,1	78,9	62,5
Sedentarismo	26	56,5	55,3	62,5
Diabetes	20	43,5	39,5	62,5
Stresse	28	60,9	60,5	62,5
ICM > 25	40	87,0	86,8	87,5
Tabagismo	10	21,7	21,1	25,0

3.5. Instrumento de recolha de dados

Atendendo ao tipo de estudo optou-se pelo questionário como método de recolha de dados. Foi construído um questionário (Anexo I) constituído por sete partes, incluindo alguns instrumentos pré-existentes e já adaptados para a população portuguesa, cuja autorização foi cedida pelos respetivos autores à UNIESEP (Anexo IV). No questionário foram ainda incluídas questões relativas aos dados sociodemográficos e clínicos.

3.5.1. Questionário sociodemográfico e de saúde

Para a caracterização sociodemográfica da amostra foram incluídas questões referentes à idade, sexo, anos de escolaridade, profissão e situação laboral atual, estado civil, número de filhos, número de coabitantes e local de residência.

Quanto à caracterização clínica dos participantes, considerou-se importante registar o diagnóstico clínico, o seguimento em consulta de enfermagem (e em caso afirmativo, qual a frequência das consultas), as pessoas que constituem a rede de apoio, a

presença de fatores de risco cardiovascular e uma síntese dos antecedentes pessoais (patologias e internamentos anteriores).

3.5.2. Questionário de Autorregulação

O Questionário de Autorregulação (QAR) usado neste estudo é a versão portuguesa do instrumento original *Treatment Self-Regulation Questionnaire* (TSRQ) de Ryan e Deci (2000), adaptado por Almeida e Pais-Ribeiro (2010). As questões foram ajustadas para a situação específica do tratamento da doença coronária.

Este instrumento tem como objetivo avaliar as razões que levam o indivíduo a adotar e manter um determinado tipo de comportamento, como por exemplo: adotar comportamentos saudáveis, mudar comportamentos nocivos para a saúde, aderir ao regime terapêutico ou envolver-se em outras atividades promotoras de saúde. Este instrumento avalia em que medida a motivação da pessoa para o comportamento em avaliação é relativamente autónoma, variando entre a motivação autónoma, a motivação controlada e a amotivação (ausência de motivação). O QAR foi inicialmente desenvolvido por Ryan e Connell (1989) e adaptado em diversos estudos para diferentes tipos de comportamento, como por exemplo, a participação em programas de perda de peso (Silva, 2010), a adesão terapêutica em pessoas com diabetes (Garrett, 2008;), em programas de cessação tabágica (Guerra et al., 2003) e em comportamentos de saúde (Levesque et al., 2007; Almeida, 2013).

O questionário é composto por 15 itens que avaliam as razões que levam as pessoas a iniciarem e/ou manterem determinado comportamento. Neste instrumento distinguem-se três sub-escalas: 6 itens que avaliam a regulação autónoma, 6 itens que avaliam a regulação controlada e 3 itens que avaliam a amotivação. É utilizada uma escala do tipo *Likert*, onde o indivíduo se situa entre o 1 (nada verdadeiro) até ao 7 (totalmente verdadeira). Os itens distribuem-se nas respetivas subescalas do seguinte modo:

- Subescala de regulação autónoma: 1, 3, 6, 8, 11 e 13;
- Subescala de regulação controlada: 2, 4, 7, 9, 12, 14;
- Subescala de amotivação: 5, 10, 15.

A cotação do questionário é obtida através do cálculo da média dos itens referentes a cada subescala, obtendo-se assim três valores que refletem a regulação autónoma, a

regulação controlada e a amotivação. Quanto maior for o valor obtido, mais presente está o respetivo tipo de regulação. Neste estudo o alfa de Cronbach obtido para as diferentes subescalas foi de 0,86 (regulação autónoma), 0,59 (regulação controlada) e 0,45 (amotivação).

3.5.3. Escala de Competência Percebida

A Escala da Competência Percebida (ECP) foi adaptada para a população portuguesa por Almeida e Pais-Ribeiro (2010), a partir da escala original *Perceived Competence Scale* de Ryan e Deci (2000). Trata-se de um instrumento composto apenas por 4 itens, cujo objetivo é avaliar em que medida os indivíduos estão confiantes da sua capacidade de adotar e manter determinado comportamento, tal como, participar num programa de melhoria da saúde, realizar um tratamento prescrito ou modificar um comportamento menos saudável.

São diversos os estudos que utilizaram esta escala e que comprovam as suas qualidades psicométricas, por exemplo, na avaliação da adesão terapêutica em pessoas com diabetes (Garrett, 2008), na adoção de uma alimentação saudável (Mestre, 2010) e na cessação tabágica (Guerra et al., 2003).

Este instrumento é composto por quatro afirmações, tendo o participante que se posicionar numa escala de tipo *Likert* que varia entre 1 (nada verdadeira) e 7 (totalmente verdadeira).

Trata-se de um instrumento unidimensional, pelo que a sua pontuação é obtida através da média dos valores dos 4 itens que a constituem. Quanto maior o valor obtido, mais competente se sente a pessoa para seguir o comportamento em avaliação.

O alfa de Cronbach obtido neste estudo foi de 0,86, valor que traduz uma boa consistência interna.

3.5.4. Questionário de Perceção do Ambiente Terapêutico

Foi utilizada a versão portuguesa do *Health Care Climate Questionnaire* (HCCQ), na sua versão reduzida de 6 itens, utilizada por Garrett (2008).

Trata-se de um questionário que visa avaliar a perceção do indivíduo em relação ao apoio dado pelos profissionais de saúde, ou seja, se o profissional de saúde assume uma orientação tendencialmente incentivadora da autonomia, ou se pelo contrário, assume uma posição mais controladora.

A escala é composta por 6 afirmações, nas quais o indivíduo se posiciona numa escala de tipo *Likert*, a qual varia entre 1 (nada verdadeira) até 7 (totalmente verdadeira).

A pontuação final é calculada através da média individual das pontuações em cada item. Um valor total mais elevado significa uma perceção de maior apoio à autonomia.

Neste estudo o valor de alfa de Cronbach obtido foi de 0,89.

3.5.5. Escala de Suporte Social

O suporte social foi avaliado com a Escala de Suporte Social (ESS), adaptada e validada para a população idosa portuguesa por Lima et al. (2016), a partir da versão de Guerra (1995).

Trata-se de um instrumento que integra 16 itens de autorresposta com o objetivo de avaliar o suporte social que a pessoa percebe nos últimos 6 meses. Os 16 itens agrupam-se em três fatores. O fator 1 corresponde ao suporte familiar e socio-afetivo (itens 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 15 e 16), o fator 2 avalia o sentido de controlo (itens 7, 12, 13 e 14) e o fator 3 o suporte financeiro (itens 1, 6 e 8) (Lima et al., 2016).

As respostas são dadas numa escala tipo *Likert*, que variam de 1 a 5, em que os extremos são enunciados opostos pois ao valor 1 corresponde o “sempre ou quase sempre”, ao valor 2 “muitas vezes”, ao valor 3 “algumas vezes”, ao valor 4 “raramente” e ao valor 5 “nunca”.

A cotação obtém-se com a soma dos valores das respostas, para a escala global (que varia entre 16 e 80 pontos) ou de forma independente para cada subescala. Quanto

maior for a cotação da escala, melhor é o suporte social percebido nas diferentes áreas (Lima et al., 2016).

No estudo de validação da escala para a população idosa portuguesa de Lima et al. (2016), os valores de alfa de Cronbach referidos são de 0,92 para o score total, 0,91 para o suporte familiar e socio-afetivo, 0,81 para o sentido de controlo e 0,87 para o suporte financeiro.

Neste estudo foram obtidos os seguintes valores de alfa de Cronbach: 0,83 para o score total, 0,84 para o suporte familiar e socio-afetivo, 0,55 para o sentido de controlo e 0,78 para o suporte financeiro.

3.5.6. Escala de Adesão aos Medicamentos

A Escala de Adesão aos Medicamentos utilizada foi a versão Portuguesa de Pereira e Silva (1999), que adaptaram para a população Portuguesa a escala original "*Reported Adherence to Medication Scale*" desenvolvida por Horne, Weinman e Hankins (1997).

Este instrumento mede especificamente os níveis de adesão dos indivíduos à medicação, incluindo a frequência com que estes ajustam ou alteram as dosagens prescritas pelos médicos (Pereira e Silva, 1999).

A escala é composta por 4 itens, divididos em dois subgrupos. Os dois primeiros itens pretendem determinar a concordância face ao esquecimento de tomar os seus medicamentos e a alteração das doses prescritas de acordo com as suas próprias necessidades. É utilizada uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, com cotação invertida (1- concordo totalmente; 2- concordo; 3- não tenho a certeza; 4- discordo; 5- discordo totalmente).

Os restantes dois itens avaliam a frequência com que os indivíduos se esquecem ou alteram a dose da sua medicação. A cotação é feita novamente numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (5- nunca; 4- raramente; 3- às vezes; 2- muitas vezes; 1- quase sempre).

A cotação total da escala obtém-se através da soma das respostas aos 4 itens, variando entre 4 e 20. Um total mais elevado indica um maior nível de adesão.

Neste estudo o Alfa de Cronbach encontrado foi de 0,62, valor inferior ao obtido por Pereira e Silva (1999), que referem um valor de 0,71.

3.5.7. Adesão ao regime não medicamentoso

A fim de avaliar a adesão ao regime não medicamentoso, foi construído um questionário que permite perceber em que medida as pessoas cumprem as indicações do médico/enfermeiro, relativamente ao regime alimentar, ao regime de exercício físico, à redução da exposição ao tabaco, à redução do stresse e da ansiedade, e à auto-vigilância (tensão arterial, glicemia, peso, etc).

Os cinco aspetos acima descritos foram avaliados através de uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (1 - nunca, 2 - raramente, 3 - às vezes, 4 - muitas vezes, 5 - quase sempre). Foi ainda calculado um score total, através da soma das respostas aos cinco itens, podendo o total variar entre 5 e 25. Quanto maior for o valor total obtido, maior será a adesão ao regime não medicamentoso. O valor de alpha de Cronbach foi de 0,46, o que se poderá explicar pelo número reduzido de itens ou por uma certa independência nas questões avaliadas por cada item individualmente, pelo que, será ainda considerada a sua avaliação mais individual.

Consideramos pertinente avaliar também, em que medida os participantes sentiram dificuldade em cumprir as indicações acima referidas, através de uma pergunta de resposta fechada (sim/não), para cada um dos cinco aspetos do regime não medicamentoso. Caso a resposta fosse afirmativa era pedido que justificassem a sua resposta, descrevendo a dificuldade sentida.

Por fim, foi introduzida uma pergunta no sentido de determinar se os participantes eram ajudados por alguém na gestão do regime terapêutico e em caso afirmativo, seguia-se uma pergunta aberta para que explicassem quem lhes presta essa ajuda e de que forma.

3.6. Pré-teste

Após ter sido concedida a autorização para a realização do estudo, por parte das Comissões de Ética e dos Conselhos de Administração, das respetivas unidades hospitalares, foi realizado o pré-teste através da aplicação do instrumento de recolha de dados a uma pequena amostra, constituída por nove pessoas com doença coronária, com características sociodemográficas e clínicas semelhantes à amostra em estudo.

O pré-teste foi realizado através do método da reflexão falada, onde se aplicou o instrumento sob a forma de entrevista e onde se procurou saber se os doentes percebiam o conteúdo dos itens, e/ou os termos utilizados nas questões, se tinham alguma dúvida quanto ao formato dos itens, se existiam aspetos que na sua opinião, não faria sentido avaliar e se existiam outras questões que os doentes achavam que valia a pena incluir no instrumento. Foram ainda registadas, sob a forma de notas, as reações e comentários dos doentes ao preenchimento do instrumento.

Verificou-se que os participantes deste pré-teste possuíam um baixo nível de literacia e apresentavam muitas dificuldades no autopreenchimento do questionário, inclusive tinham dificuldade em compreender as escalas, nomeadamente, as questões relativas à subescala amotivação (QAR). Optou-se assim por fazer a aplicação do questionário sob a forma de formulário, sendo este sempre preenchido pela investigadora.

Após a realização do pré-teste decidiu-se ainda alterar o formato da questão “Sente dificuldade em cumprir alguma destas indicações?”. Inicialmente esta era uma questão aberta, mas decidiu-se transformá-la numa questão fechada, para facilitar o preenchimento do formulário e posteriormente o tratamento dos dados.

Quanto à questão “Precisa de alguém que o ajude no cumprimento do tratamento da sua doença?”, também foi modificada para uma questão fechada, com as opções de resposta “sim” ou “não”, ficando apenas em aberto a opção de resposta relativa ao “quem” e “de que forma”.

3.7. Procedimento

A amostra foi recrutada nas duas instituições, de acordo com a disponibilidade dos próprios doentes. A recolha de dados foi realizada antes ou após as consultas médicas e de enfermagem, junto de pessoas que cumpriam os critérios de inclusão do estudo. Foi reservado um gabinete de consulta de modo a garantir a privacidade dos doentes, no momento da recolha de dados.

O preenchimento do questionário foi sempre precedido do preenchimento do consentimento informado, após explicação das condições inerentes ao mesmo. Este último documento foi sempre guardado separadamente do respetivo questionário, de modo a garantir a privacidade e confidencialidade dos dados dos participantes.

3.8. Estratégia de análise dos dados

Numa primeira fase, os dados recolhidos foram codificados e processados numa base de dados criada para o efeito. O tratamento e análise destes dados foram efetuados com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0, IBM (2004).

Foram realizadas análise de estatística descritiva e inferencial.

Na análise estatística descritiva dos dados, foram calculadas frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média, mediana e moda) e medidas de dispersão (desvio-padrão).

A análise dos scores obtidos nas escalas e subescalas, foi por vezes, realizada com recurso ao cálculo do score médio (média/ número de itens), de modo a facilitar a comparação entre instrumentos e subescalas.

No domínio da análise inferencial dos dados, foram realizados testes de associação e testes de diferenças de médias.

Os testes estatísticos de associação utilizados foram o Coeficiente de correlação de *Pearson* (r) e o teste de Qui-quadrado (X^2). O teste de diferenças de médias utilizado foi o teste T para amostras independentes (t). Para a determinação da força da associação, nas análises de correlação, foram usados os critérios definidos por Pallant (2010), pelo que, foram consideradas associações fortes, todas aquelas em que o valor de correlação estivesse situado entre $r=.50$ e $r=1.0$, associações moderadas todas aquelas cujo valor de correlação estivesse situado entre $r=.30$ e $r=.49$ e associações fracas todas aquelas cujo valor de correlação estivesse situado entre $r=.10$ e $r=.29$.

As questões de resposta aberta, foram submetidas a uma análise de conteúdo, mais especificamente a questão relativa à dificuldade sentida no cumprimento do regime terapêutico e a questão relativa ao tipo de apoio que recebiam na gestão do regime terapêutico.

3.9. Considerações Éticas

Tratando-se de um estudo de investigação no domínio da saúde, com o envolvimento direto de seres humanos, existem considerações éticas que têm que estar obrigatoriamente presentes, desde a sua fase inicial.

Neste sentido foi obtida uma autorização para conduzir o estudo, junto das Comissões de Ética das Instituições envolvidas e das respetivas Direções Clínicas e de Enfermagem (Anexo II).

Como foi referido anteriormente, foi também pedido a cada participante o preenchimento do consentimento informado, tendo sido explicado o objetivo do estudo.

Foi explicado a cada participante que a sua participação era voluntária e que poderia desistir se expressasse essa vontade e que caso o fizesse, essa decisão não teria qualquer influência no seu seguimento e/ou tratamento, por parte da Instituição Hospitalar (Anexo III).

Foi ainda pedida a autorização para usar os diferentes instrumentos junto dos respetivos autores (Anexo IV).

4. RESULTADOS

Neste capítulo irão ser apresentados e analisados os dados recolhidos no sentido de dar resposta aos objetivos traçados. Inicialmente será apresentada uma análise descritiva dos dados e em seguida serão apresentados os resultados da análise inferencial.

Caracterização da motivação para o tratamento da doença coronária

As respostas ao questionário de autorregulação (QAR) foram analisadas de acordo com as suas três sub-escalas: regulação autónoma, regulação controlada e amotivação (tabela 8). Como se pode observar na tabela 8, o valor da média da subescala de regulação autónoma foi o mais elevado das três. Tratando-se de uma escala cujo valor máximo é 7, pode-se afirmar que a média de regulação autónoma foi elevada ($M= 6,51$; $DP= 0,77$). Quanto à regulação controlada, o valor obtido nesta subescala ($M= 4,62$; $DP= 1,27$) apesar de não ser elevado, é um valor ainda médio-elevado. A média da subescala de amotivação foi o valor mais baixo das três subescalas ($M=3,06$; $DP= 1,51$), ficando abaixo do ponto médio da escala. Os valores obtidos para esta subescala também foram os mais dispersos.

Quanto à competência percebida, o valor da média obtido foi elevado ($M= 6,36$; $DP=0,85$), tendo em conta o valor máximo da escala (7). Foi avaliada também a perceção acerca do ambiente terapêutico, cujo valor da média também se pode considerar elevado ($M=6,02$; $DP=1,29$), tendo em conta o valor máximo da escala (7).

TABELA 8: Valor da média, Desvio padrão, Mínimo e máximo das variáveis motivacionais

Variáveis	M	DP	Min.	Max.	N
Autorregulação					
Regulação autónoma	6,51	0,77	3,50	7,00	46
Regulação controlada	4,62	1,27	2,33	7,00	46
Amotivação	3,06	1,51	1,00	7,00	46
Competência percebida	6,36	0,85	4,00	7,00	46
Ambiente terapêutico	6,02	1,29	1,00	7,00	46

Suporte Social

As respostas da Escala de Suporte Social, foram analisadas tendo em conta o score do Suporte Social Global e os scores das três subescalas: suporte emocional e familiar, sentido de controlo e suporte financeiro (tabela 9).

TABELA 9: Avaliação do Suporte Social

Variável	M	DP	Min.	Max.	N
Suporte Social Global	64,61	9,08	36	78	46
Score Médio					
	M	DP	Min.	Max.	N
Suporte Social Global	4,04	0,57	2,25	4,88	46
Suporte emocional e familiar	4,04	0,71	2,00	5,00	46
Sentido de controlo	4,18	0,64	3,00	5,00	46
Suporte Financeiro	3,82	0,94	2,00	5,00	46

Tendo em conta que o suporte social global poderia variar entre 16 e 80, considera-se que a média obtida neste estudo se traduz num valor elevado (M=64,61; DP=9,08), ou seja, os indivíduos constituintes desta amostra percebem um bom suporte social.

Para facilitar a leitura dos resultados a nível da comparação entre subescalas optou-se por efetuar o cálculo do score médio.

A nível das subescalas do suporte social, analisando o score médio das mesmas, verificamos que a subescala “sentido de controlo” apresentou a média mais elevada (M=4,18 DP=0,64), seguida do suporte emocional e familiar (M=4,04; DP=0,71). A subescala relativa ao suporte financeiro foi a que apresentou a média mais baixa (M=3,82; DP=0,94), quando comparada com as restantes subescalas, apesar de se tratar de um valor médio alto, tendo em conta o valor máximo da escala (5).

Adesão ao regime medicamentoso

Na tabela 10, estão apresentados os resultados da Escala de Adesão aos Medicamentos, cujo score total pode variar entre 4 e 20.

TABELA 10: Escala de Adesão aos Medicamentos (AM)

Variável	M	DP	Min.	Max.	N
Score Total de Adesão aos medicamentos (AM)	17,54	2,58	11	20	46

Tendo em conta que o valor médio obtido foi de 17,54 (DP= 2,58) podemos afirmar que os participantes relatam um nível elevado de adesão à medicação.

Adesão ao regime não medicamentoso

Na tabela 11 estão representados os valores obtidos para a adesão ao regime não medicamentoso. O score total de adesão ao regime não medicamentoso (RNM), foi de 3,86 (DP= 0,68) (numa escala de 1 a 5), que em termos absolutos, é um valor médio alto, significando que a maior parte dos inquiridos afirmou que cumpria o regime não medicamentoso, numa frequência compreendida entre “às vezes” e “muitas vezes”.

TABELA11: Adesão ao regime não medicamentoso (RNM)

Variável	M	DP	Min.	Max.	N
Alimentação	4,04	1,15	1	5	46
Exercício físico	3,35	1,43	1	5	46
Redução exposição ao tabaco	4,43	1,20	1	5	46
Redução do stresse e ansiedade	3,54	1,11	1	5	46
Auto-vigilância	3,96	1,11	1	5	46
Score total de Adesão ao RNM	3,86	0,68	2,20	5	46

Das indicações relacionadas com o regime não medicamentoso, verificamos que as relativas à redução da exposição ao tabaco foram as que obtiveram uma média mais elevada (M= 4,43; DP= 1,20), seguidas das indicações relativas à alimentação (M= 4,04; DP= 1,15) e as medidas relativas à autovigilância (M= 3,96; DP=1,11).

As indicações relativas ao exercício físico foram as que obtiveram uma média mais baixa (M= 3,35; DP= 1,43), assim como, a redução do stresse e da ansiedade (M= 3,54; DP= 1,11), traduzindo-se nas indicações que os inquiridos afirmaram como sendo as que cumpriam com menos frequência.

Quando questionados acerca da dificuldade em cumprir as indicações relativas ao regime não medicamentoso, a maioria (54,3%) afirmou sentir dificuldade em cumprir o regime de exercício físico, seguido da redução do stresse e da ansiedade (50%), e do regime alimentar (43,5%), os resultados são apresentados na tabela 12. As indicações que os inquiridos referiram menor dificuldade em cumprir foram a redução da exposição ao tabaco (6,5%) e as medidas de autovigilância (10,9%).

TABELA 12: Dificuldade em cumprir as indicações relativas ao regime não medicamentoso

Indicações	N= 46	%
Regime de exercício físico	25	54,3
Redução do stresse e ansiedade	23	50
Regime alimentar	20	43,5
Medidas de autovigilância	5	10,9
Redução da exposição ao tabaco	3	6,5

As razões apresentadas pelos participantes relativamente à dificuldade em aderir aos diferentes aspectos do regime não medicamentoso foram submetidas a análise de conteúdo e agrupadas em categorias que expressam os motivos invocados:

- Exercício físico: cansaço, problemas osteoarticulares, sedentarismo, falta de motivação, gestão de tempo.
- Redução do *stress* e ansiedade: personalidade e problemas pessoais (familiares, profissionais).
- Regime alimentar: falta de horário e local regular para realizar as refeições, falta de conhecimento do regime alimentar, maus hábitos alimentares, dificuldade em controlar impulsos (“gula”).
- Redução da exposição ao tabaco: exposição passiva ao fumo, dependência (“vício”).
- Autovigilância: falta de conhecimentos acerca das medidas de autovigilância e da sua importância.

No que diz respeito à existência de pessoas que prestavam ajuda no tratamento da sua doença, 52,2% dos inquiridos referiu ter esse tipo de ajuda. Foi descrita como sendo maioritariamente prestada por familiares diretos, na sua maioria esposas (77%). As atividades mais referidas pelos inquiridos no que diz respeito ao tipo de ajuda prestada foram as atividades relacionados com o regime alimentar e o regime medicamentoso. Alguns participantes referiram também que essa ajuda servia para “lembrar as idas a consultas”, “transporte para consultas”. Alguns participantes referiram a ajuda prestada como “incentivo e aconselhamento no cumprimento do regime terapêutico”. Apenas uma pessoa referiu a ajuda da esposa para “fazer exercício em conjunto”.

Associação entre as variáveis motivacionais, a adesão ao regime medicamentoso e não medicamentoso, a idade e os anos de escolaridade

Foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson* (*r*) de modo a estudar as associações entre as variáveis acima descritas, cujos resultados são apresentados na tabela 13.

TABELA 13: Matriz de correlação entre as variáveis motivacionais, adesão ao regime medicamentoso e não medicamentoso e as variáveis sociodemográficas idade e anos de escolaridade

Variáveis	1.AM	2.RNM	3.CP	4.AT	5.SSG	6.SE	7.SC	8.SF	9.Esc.	10.RA	11.RC	12.A
1. Adesão aos Medicamentos		ns	.419**	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
2. Regime Não Medicamentoso			.530**	ns	.471**	.363*	.425**	.315*	ns	.457**	ns	-.425**
3. Competência Percebida				.412**	.387**	ns	.344*	.356*	ns	.521**	ns	-.313*
4. Ambiente Terapêutico					.375*	ns	ns	.392**	ns	.429**	.335*	ns
5. Suporte Social Global									ns	.311*	ns	ns
6. Suporte Emocional									ns	ns	ns	ns
7. Sentido Controlo									ns	ns	ns	-.360*
8. Suporte Familiar									ns	ns	ns	ns
9. Escolaridade										ns	-.434**	ns
10. Regulação autónoma (Q.A.R)												
11. Regulação controlada (Q.A.R)												
12. Amotivação (Q.A.R.)												

Nota: 1. Adesão aos Medicamentos; 2. Adesão ao regime não medicamentoso (RNM); 3. Escala de Competência Percebida (CP); 4. Perceção do Ambiente terapêutico; 5. Escala de Suporte Social Global (SSG); 6. Suporte emocional e familiar (SE); 7. Sentido de controlo (SC); 8. Suporte Financeiro (SF); 9. Escolaridade; 10. Regulação autónoma (Q.A.R.); 11. Regulação controlada (Q.A.R.); 12. Amotivação (Q.A.R.).

ns – não significativo; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Observou-se uma correlação positiva moderada e muito significativa entre a adesão aos medicamentos e a competência percebida ($r=.419$; $p=.004$), ou seja, os participantes que relataram um maior nível de adesão ao regime medicamentoso, foram tendencialmente, os que se sentiam mais competentes para cumprir o tratamento da sua doença.

Em relação à adesão ao regime não medicamentoso, verificamos uma correlação positiva, elevada e muito significativa, com a competência percebida ($r=.530$; $p=.000$), com o suporte social global ($r=.471$; $p=.001$) e a sua subescala, sentido de controlo ($r=.425$; $p=.003$). Verifica-se também que a adesão ao regime não medicamentoso se correlaciona de uma forma positiva e moderada com as outras duas subescalas do suporte social, o suporte emocional e familiar ($r=.363$; $p=.013$) e o suporte financeiro ($r=.315$; $p=.033$). Estes resultados sugerem que os participantes que relataram um maior nível de adesão ao regime não medicamentoso, são os que se sentem mais competentes para a autogestão e os que percebem um maior suporte social, tanto global, como a nível das suas três subescalas (sentido de controlo, suporte emocional e familiar e suporte financeiro).

Ainda em relação à adesão ao regime não medicamentoso, observamos também uma correlação positiva moderada e muito significativa com a regulação autónoma (Q.A.R.) ($r=.457$; $p=.001$) e uma correlação negativa, moderada e muito significativa com a amotivação (Q.A.R.) ($r=-.425$; $p=.003$), sugerindo que, os participantes que apresentam uma regulação mais autónoma para a autogestão da doença, são aqueles que relatam uma maior adesão ao regime não medicamentoso, assim como, a ausência de motivação para a autogestão da doença, se traduz numa menor adesão ao regime não medicamentoso.

Em relação à competência percebida, os resultados sugerem que os participantes que se sentem mais competentes para a autogestão da doença, são os que percebem o ambiente terapêutico como promotor da autonomia e os que percebem um maior suporte social, o que se pode verificar pela correlação positiva, moderada e muito significativa que a competência percebida apresenta com o ambiente terapêutico ($r=.412$; $p=.004$) e com o suporte social global ($r=.387$; $p=.008$). Também observamos que os participantes que se sentem mais competentes para a autogestão, são os que percebem um maior sentido de controlo e um maior suporte financeiro, o que se pode verificar através da correlação positiva moderada e de moderada significância estatística, da competência percebida com o sentido de controlo ($r=.344$; $p=.019$) e com o suporte financeiro ($r=.356$; $p=.015$).

Os resultados sugerem-nos também, que os participantes que se sentem mais competentes para a autogestão, são os que apresentam uma regulação mais autónoma, o que podemos verificar pela correlação positiva e elevada, estatisticamente muito significativa, entre a competência percebida e a regulação autónoma (Q.A.R.) ($r=.521$; $p=.000$) e pela correlação negativa, moderada e estatisticamente significativa, entre a competência percebida e a amotivação ($r=-.313$; $p=.034$).

O ambiente terapêutico apresenta uma correlação positiva, moderada e muito significativa com o suporte social global ($r=.375$; $p=.008$) e com suporte financeiro ($r=.392$; $p=.007$). Estes resultados sugerem-nos que quanto maior é a percepção do ambiente terapêutico enquanto facilitador da autonomia do doente, maior é o suporte social global e o suporte financeiro percebidos.

Também verificamos uma correlação positiva, moderada e muito significativa entre o ambiente terapêutico e a regulação autónoma (Q.A.R.) ($r=.429$; $p=.003$) e o mesmo tipo de correlação, mas com uma significância estatística moderada, com a regulação controlada (Q.A.R.) ($r=.335$; $p=.023$). Ou seja, os participantes que relataram o ambiente terapêutico como facilitador da autonomia, são os que apresentam uma regulação mais autónoma para a autogestão, mas esta relação também se verifica nos que apresentam uma regulação controlada.

O suporte social global apresenta uma correlação positiva moderada e de moderada significância estatística, com a regulação autónoma (Q.A.R.) ($r=.311$; $p=.035$), o que nos sugere que quanto maior for o suporte social percebido, mais autónoma é o tipo de regulação para a autogestão da doença.

Quanto à subescala do suporte social, sentido de controlo, esta apresenta uma correlação negativa moderada, de moderada significância com a amotivação (Q.A.R.) ($r=-.360$; $p=.014$), o que nos sugere que os participantes que se sentem mais controlados pelos outros, apresentam uma maior amotivação para a autogestão da doença.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, verificou-se que a escolaridade se correlacionava de forma negativa, moderada e estatisticamente muito significativa com a variável regulação controlada (Q.A.R.) ($r=-.434$; $p= 0,003$), sugerindo que quanto maior for o nível de escolaridade, menor é a regulação controlada para a autogestão da doença coronária. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as variáveis principais e a variável sociodemográfica idade.

Diferenças entre os participantes seguidos em consulta de enfermagem e aqueles apenas seguidos em consulta médica, em relação às variáveis motivacionais, suporte social e adesão ao regime terapêutico

De modo a verificar se os participantes apresentavam diferentes resultados em função de serem seguidos em consulta de enfermagem, a nível das variáveis motivacionais,

suporte social e adesão ao regime terapêutico, foi realizado o Teste T (*t*) para amostras independentes (tabela 14).

TABELA 14: Apresentação dos resultados do teste T (*t*) em função do seguimento em consulta de enfermagem

Variáveis	Consulta de Enfermagem		<i>t</i>
	M (DP)		
	Sim n= 21	Não n= 25	
Regulação Autônoma	6,68 (0,39)	6,38 (0,97)	ns
Regulação controlada	4,87 (1,41)	4,41 (1,12)	ns
Amotivação	2,96 (1,60)	3,14 (1,46)	ns
Competência percebida	6,68 (0,46)	6,1 (1,01)	2,41*
Adesão Medicamentos	4,52 (0,49)	4,27 (0,15)	ns
Ambiente terapêutico	6,50 (0,66)	5,62 (1,55)	2,41*
Adesão Regime não Medicamentoso	4,17 (0,57)	3,61 (0,67)	3,03**
Suporte Social Global	4,08 (0,62)	4,00 (0,53)	ns
Suporte emocional e familiar	4,05 (0,85)	4,03 (0,57)	ns
Falta de controlo	4,27 (0,67)	4,11 (0,61)	ns
Suporte Financeiro	3,87 (0,93)	3,79 (0,96)	ns

Nota: ns – não significativo; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Constataram-se diferenças estatisticamente muito significativas entre os participantes que eram seguidos em consulta de enfermagem, comparativamente com aqueles que eram seguidos apenas nas consultas médicas, a nível da competência percebida ($t(44) = 2,40, p=0,02$); do ambiente terapêutico ($t(44) = 2,41, p=0,02$) e da adesão ao regime não medicamentoso ($t(44) = 3,03, p=0,004$).

Através destes dados, inferimos que os participantes seguidos em consulta de enfermagem e comparativamente aos participantes que eram apenas seguidos em consulta médica, apresentaram uma maior competência percebida, uma maior perceção do ambiente terapêutico enquanto facilitador da autonomia e maior adesão ao regime não medicamentoso.

Diferenças em relação às variáveis motivacionais, adesão ao regime terapêutico e suporte social, em função do estado civil

De modo a verificar se os participantes apresentavam alguma diferença a nível das variáveis motivacionais, suporte social e adesão ao regime terapêutico, em função do

estado civil, foi realizado o Teste T (*t*) para amostras independentes (tabela 15). Para efetuar este teste a variável estado civil foi recodificada, ficando assim a amostra dividida em dois grupos: casado/união de facto e não casado (incluindo-se aqui solteiros, divorciados e viúvos).

TABELA 15: Apresentação dos resultados do teste T (*t*) em função do estado civil

Variáveis	Estado Civil		<i>t</i> (44)
	M (DP)		
	Não Casado n= 9	Casado n= 37	
Regulação Autónoma	6,17 (1,18)	6,60 (0,63)	ns
Regulação controlada	4,03 (1,12)	4,70 (1,27)	ns
Amotivação	3,14 (1,37)	3,04 (1,56)	ns
Competência percebida	6,25 (1,06)	6,39 (0,81)	ns
Adesão Medicamentos	4,72 (0,58)	4,30 (0,64)	ns
Ambiente terapêutico	5,05 (2,10)	6,26 (0,91)	2,67*
Adesão R. N. Medicamentoso	3,47 (0,85)	3,96 (0,61)	2,02*
Suporte Social Global	3,62 (0,83)	4,1 (0,44)	2,58*
Suporte emocional e familiar	3,61 (0,82)	4,14 (0,65)	2,09*
Falta de controlo	3,86 (0,93)	4,26 (0,54)	ns
Suporte Financeiro	3,33 (1,22)	3,94 (0,83)	ns

Nota: ns – não significativo; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Com base nos valores apresentados na tabela 15, verificamos que existem diferenças de médias, com significado estatístico, entre os dois grupos em comparação, nomeadamente, a nível do ambiente terapêutico ($t(44)=2,67$; $p=0,010$), da adesão ao regime não medicamentoso ($t(44)=2,58$; $p=0,050$)¹, do suporte social global ($t(44)=2,58$; $p=0,013$) e da subescala de suporte emocional e familiar ($t(44)= 2,09$; $p= 0,042$).

Concluimos assim, que os indivíduos casados/união de facto, apresentam uma maior perceção do ambiente terapêutico como facilitador da autonomia, uma maior adesão ao regime não medicamentoso, percecionam um maior suporte social, que se evidencia também num maior suporte emocional e familiar percecionado.

Foram realizados também estudos de possíveis diferenças nas variáveis principais em função das seguintes variáveis: sexo e tempo de diagnóstico e número de consultas por ano, não se tendo encontrado qualquer resultado estatisticamente significativo.

¹ Valor de *p* considerado marginalmente significativo segundo Martins (2011).

5. DISCUSSÃO

Neste capítulo iremos interpretar e discutir os resultados obtidos à luz dos objetivos delineados anteriormente e do quadro teórico apresentado no primeiro capítulo.

Relativamente à análise das características sociodemográficas da amostra, verifica-se que os participantes eram na sua maioria do sexo masculino, com uma idade média de 62,3 anos, casados, com um baixo nível de escolaridade e reformados. Apesar de se tratar de uma amostra de conveniência, estes resultados traduzem, em parte, o perfil de doentes coronários na população portuguesa, na medida em que a prevalência da doença coronária é superior no sexo masculino e a sua incidência é mais marcada entre os 50 e os 70 anos (Henriques, 2011; ARNS, 2014; DGS, 2017). Verifica-se também que quanto ao estado civil e ao nível de escolaridade, a amostra deste estudo apresenta características semelhantes às encontradas em outros estudos com pessoas com doença coronária isquémica (Antunes, 2011; Henriques, 2011).

Quanto aos fatores de risco cardiovascular, verificou-se que os mais prevalentes foram o excesso de peso, a dislipidemia e a HTA. O excesso de peso é referido pela DGS (2017a) como o principal problema de saúde pública em Portugal, tendo sido já confirmada, epidemiologicamente, uma associação com a incidência e o agravamento de doenças crónicas, das quais se destacam as doenças cardiovasculares. Perk et al. (2012) referem ainda, uma associação positiva entre o índice de massa corporal e o risco de morte por doença cardiovascular. Na revisão de estudos anteriores, nem sempre o excesso de peso aparece como o fator de risco mais frequente como acontece na presente investigação, mas é sempre referido (Antunes, 2011; Henriques, 2011) e tanto Macedo et al. (2008) como Rocha et al. (2015), apontam o excesso de peso como o segundo fator de risco cardiovascular mais prevalente na população portuguesa.

Quanto à dislipidemia, os resultados deste estudo vão ao encontro dos determinantes de saúde referidos no Plano Regional de Saúde do Norte (2014-2016) em que a dislipidemia surge como o segundo mais frequente na população. Esta elevada prevalência da dislipidemia na população portuguesa também foi identificada em estudos anteriores (Antunes, 2011; Henriques, 2011; Rocha et al. 2015). Estes dados são de extrema relevância pois, apesar da utilização frequente de medicação hipolipemiante, os valores de

dislipidemia encontrados na população continuam aquém dos objetivos delineados pelas recomendações nacionais e internacionais (Rocha et al., 2015) e a dislipidemia constitui um dos fatores de risco modificáveis mais importante nos doentes coronários, agravando a probabilidade de ocorrência de um enfarte agudo do miocárdio fatal (DGS, 2015a; Henriques, 2011).

Sendo a hipertensão um fator major para a doença coronária (Piepoli et al., 2016) nesta amostra constituiu o terceiro fator de risco mais prevalente, indo ao encontro dos resultados obtidos por Macedo et al. (2008). A DGS (2014) também relata a elevada prevalência da HTA em Portugal e a problemática envolvente na sua redução, que ainda se encontra muito aquém dos objetivos delineados. A missão da redução do risco cardiovascular no Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares (DGS, 2017) passa pela redução em particular da HTA e da dislipidemia por não integrarem nenhum programa de saúde prioritário isoladamente.

Os restantes fatores de risco, mais concretamente, o stresse, o sedentarismo, a diabetes e o tabagismo, apresentaram também neste estudo, uma frequência semelhante à obtida nos estudos de Henriques (2011) e Antunes (2011). Importa, no entanto, salientar que, o tabagismo foi o fator de risco menos prevalente nesta amostra. Este resultado poderia ser consideravelmente superior se se tivessem tido em conta os participantes que referiram ser ex-fumadores, pois este foi dos antecedentes pessoais referidos por cerca de um quarto da amostra. Este fator de risco apesar de menos prevalente não pode ser desvalorizado, pois os hábitos tabágicos aumentam o risco de EAM e o tabagismo em conjunto com a dislipidemia constituem os dois fatores de risco globalmente mais importantes para a doença coronária (Yusuf et al., 2004).

Sensivelmente menos de metade da amostra era seguida em consulta de enfermagem, cuja frequência variava entre 15 dias e 6 meses. Estas consultas de enfermagem, apesar de não seguirem um programa oficial de reabilitação cardíaca, na medida em que não integravam todas as fases e componentes preconizadas para este tipo de programa, incidiam sobre algumas das componentes recomendadas por Cortés-Beringola et al. (2017), dos quais se destaca: avaliação clínica e vigilância da adesão ao regime terapêutico, a promoção de estilos de vida saudáveis (ensino sobre a natureza crónica da doença coronária arterial, educação alimentar, controlo do peso e cessação tabágica).

A acessibilidade dos doentes às consultas de enfermagem e a distribuição geográfica equilibrada de centros de reabilitação cardíaca é de grande pertinência, pois sabe-se que os doentes tendem a não participar em programas que obriguem a

deslocações superiores a 30 km (Mendes, 2016). A elevada participação dos doentes referenciados para a consulta de enfermagem referida neste estudo, pode estar associada às questões de acessibilidade e ao facto de o contacto com a equipa se iniciar no internamento, contribuindo para o envolvimento dos doentes e respetivas famílias neste programa.

Em relação às variáveis motivacionais, a análise dos resultados permite afirmar que os doentes coronários incluídos neste estudo se encontram bastante motivados para a autogestão do regime terapêutico, pelo predomínio de uma regulação autónoma em relação à regulação controlada para a autogestão, o que revela um elevado nível de autonomia.

Garrett (2008) e Regufe (2017) obtiveram também valores semelhantes para a regulação autónoma, em doentes com diabetes. Também Rocha (2017), num estudo sobre a cessação tabágica em doentes coronários, reporta resultados similares. Com este último tipo de doentes e num estudo relativo às mudanças de estilo de vida, Mildestvedt et al. (2007) obteve valores semelhantes para a regulação autónoma, tendo concluído que a manutenção a longo prazo das mudanças alimentares estava relacionadas com a motivação autónoma e com a autoeficácia. No mesmo sentido, Peterson et al. (2010) num estudo sobre as mudanças de comportamento num grupo de doentes pós-angioplastia concluíram que promover a autodeterminação estimulava uma mudança de comportamento bem sucedida.

É importante refletir sobre o valor obtido neste estudo para o tipo de regulação controlada, tratando-se de um valor médio-alto. Tendo em conta que esta é uma regulação do comportamento baseada em pressões externas ou internas (Almeida, 2013), ou determinada por outros (Laureano, 2014), podemos associar este resultado ao facto de a amostra ser maioritariamente do sexo masculino e de a maioria dos participantes ter referido que as esposas os ajudavam na gestão do regime terapêutico, nomeadamente, na alimentação (escolha e confeção dos alimentos), gestão da medicação, ida a consultas médicas, entre outras atividades.

O valor obtido neste estudo para a amotivação, apesar de mais baixo que os outros dois tipos de regulação, é semelhante ao valor obtido em estudos realizados com pessoas com doença crónica (Garrett, 2008; Regufe, 2017) e é superior aos valores obtido num estudo realizado com pessoas saudáveis por Almeida (2013), relativo à alimentação saudável e ao exercício físico. De modo a compreender melhor este resultado seria necessário realizar uma análise mais aprofundada com um estudo do tipo qualitativo. Será

importante também salientar que as questões relativas a esta subescala foram as que mais dúvidas suscitaram entre os participantes, aquando do preenchimento dos questionários.

Em relação à competência percebida, o valor obtido foi elevado, o que nos leva a afirmar que os doentes incluídos neste estudo se sentem muito confiantes e capacitados para a autogestão do regime terapêutico da doença coronária.

O valor obtido neste estudo foi superior aos encontrados em estudos anteriores (Garrett, 2008; Almeida, 2013; Regufe, 2017; Rocha, 2017) o que pode estar relacionado com o facto de os doentes coronários percecionarem o seu regime terapêutico como mais fácil (em comparação com outras patologias) e a importância que estes atribuem ao tratamento, tendo em conta o conhecimento que possam ter acerca das consequências graves da não adesão ao tratamento.

Ryan et al. (2008) referem que além do sentimento de autonomia, a internalização requer que a pessoa apresente confiança e capacidade para mudar. As pessoas autoavaliam-se como competentes na medida em que se sentem confiantes e capazes para controlar aspetos relacionados com o comportamento a alterar (Ryan et al., 2008).

Os efeitos positivos da competência percebida a nível da adoção e manutenção de comportamentos de saúde e de gestão da doença crónica, tem vindo a ser verificado em outros estudos, nomeadamente no estudo de Rocha (2017), centrado na cessação tabágica em doentes coronários, no estudo de Regufe (2017) e de Garrett (2008), centrados na adesão ao regime terapêutico em pessoas com diabetes, e no estudo de Vieira (2017) centrado na autogestão em doentes com DPOC. Também no estudo conduzido por Almeida (2013), relativamente à alimentação saudável e exercício físico, em adultos saudáveis, se verifica esta mesma tendência.

É importante salientar que a interpretação deste resultado tão elevado pode estar também associada às propriedades psicométricas do instrumento, tendo Vieira (2017) sugerido a possível existência de um efeito teto nos resultados. Assim como esta autora, também refletimos sobre a possibilidade de os doentes responderem ao questionário tendencialmente sobrevalorizando as suas capacidades, facto que pode ter sido ainda potenciado por o questionário ter sido aplicado sob a forma de formulário.

Da análise realizada aos resultados relativos ao ambiente terapêutico, podemos inferir que os participantes deste estudo, percecionam o ambiente terapêutico como bastante estimulador da autonomia para a autogestão do regime terapêutico.

Para os participantes, os profissionais de saúde que os acompanham, demonstram confiança nas suas capacidades de gestão do tratamento, fomentam e respeitam a sua autonomia nessa mesma gestão.

O resultado obtido para esta variável foi mais uma vez superior aos estudos referidos anteriormente, nomeadamente, o estudo de Regufe (2017) e o estudo de Garrett (2008), em pessoas com diabetes.

De acordo com Williams (2004), quando os profissionais de saúde suportam a autonomia do doente, este tende a tornar-se mais independente e a sentir-se mais competente, traduzindo-se em melhores resultados de saúde. Garrett (2008) também concluiu que o ambiente terapêutico foi percecionado como bastante estimulador da autonomia, tendo conduzido a uma maior autonomia e a uma maior competência percebida, levando esta, por sua vez, a uma maior adesão ao regime terapêutico.

O resultado obtido para o Suporte Social Global foi elevado, indicando que os participantes deste estudo percecionam um elevado suporte social. Quer a nível do suporte social global, quer das suas três subescalas, os valores obtidos para esta amostra foram bastante superiores aos obtidos em estudos anteriores com pessoas portadoras de doença crónica (Regufe, 2017; Vieira, 2018).

Na literatura em geral, o suporte social é apontado como um determinante importante do processo de autogestão da doença (McSpadden et al., 2016), com repercussões a nível da saúde (Rodrigues et al. 2010). No âmbito da doença coronária existe também uma valorização do suporte social, na medida em que o isolamento social e a falta de suporte são apontados como fatores de risco para o agravamento da doença coronária (Wang et al., 2005). O suporte social parece funcionar como moderador dos danos secundários causados pela doença coronária (Abreu-Rodrigues e Seidl, 2008) e um baixo suporte social pode contribuir tanto para o risco de desenvolver uma doença cardiovascular como para o agravamento do seu desenvolvimento e prognóstico (Perk et al., 2012).

A subescala sentido de controlo foi a que obteve um score médio mais elevado, o que nos indica que os participantes se sentiam em geral autónomos, ou seja, pouco controlados e dependentes dos outros, considerando que as outras pessoas não interferiam com as suas acções.

A subescala suporte emocional e familiar obteve um score médio também bastante elevado e semelhante ao score médio do Suporte Social Global, o que revela que estes doentes sentem que têm apoio familiar e de amigos, sentem-se compreendidos e amados

juntos dos que lhe são próximos. A família continua a ser perspectivada como a principal fonte de apoio social para a população portuguesa (Vieira, 2018).

Este resultado é consistente com os resultados obtidos em outras questões do questionário, na medida em que a maioria dos participantes era casada ou vivia em união de facto e referiu o cônjuge/ companheiro/a como a pessoa que o ajudava na gestão do regime terapêutico. Quando questionados acerca das pessoas com quem podiam contar todos referiram familiares diretos como fonte de apoio, exceto um doente, que por não ter família, tinha a assistente social como referência de apoio.

A subescala suporte financeiro foi a que obteve um menor resultado, o que nos sugere a possível existência de algumas dificuldades financeiras. É de considerar que para além dos custos normais de vida, estas pessoas possuem necessidades adicionais em torno da gestão da sua doença, associadas também ao facto de serem polimedicadas e o custo de alguns destes fármacos ser elevado.

Acresce ainda o facto de que a maioria dos participantes pertencer/ou ter pertencido a categorias profissionais pouco remuneradas e/ou se encontrar reformada, situações que normalmente se associam a menores rendimentos.

Quanto ao regime medicamentoso, os participantes relataram um nível elevado de adesão. Este resultado é bastante positivo, tendo em conta que normalmente isto não acontece com as pessoas que sofrem de doenças do tipo crónico, como podemos verificar noutros estudos, nomeadamente o de Regufe (2017) com doentes com diabetes e por Vieira (2018) com doentes com DPOC, em que a adesão relatada foi inferior à relatada neste estudo e que segundo a OMS (2003) a taxa de não adesão ao tratamento nos doentes crónicos é em geral próxima dos 50%.

A elevada adesão ao regime medicamentoso na doença coronária pode estar associado ao facto de se tratar de uma doença muitas vezes súbita e muito associada a uma ameaça de morte. Esta é também a posição defendida por Russell e Bray (2010) segundo os quais os doentes coronários tendem para uma elevada motivação em seguir as indicações médicas, pela ameaça séria que a doença constitui. Também a OMS (2003) refere que a motivação do doente para aderir ao tratamento prescrito é influenciada pelo valor que lhe atribui em termos de custo-benefício e o grau de confiança que tem de que será capaz de o seguir.

A elevada adesão ao regime medicamentoso nesta amostra, pode ainda ser talvez, em parte, explicada pela idade avançada dos participantes, uma vez que, há já evidência de

que as intervenções realizadas com doentes coronários visando a adesão, são mais eficazes em doentes mais idosos (Chase et al., 2016).

Quanto ao regime não medicamentoso, a adesão apresentou um valor médio alto e semelhante ao obtido por Henriques (2011) num estudo também desenvolvido com doentes coronários.

De salientar, que o nível de adesão ao regime medicamentoso é superior à adesão ao regime não medicamentoso, facto também verificado em outros estudos (Henriques, 2011; Joyce-Moniz e Barros, 2005). Este resultado reveste-se de grande importância para o processo de autogestão, uma vez que a adesão às recomendações comportamentais (dieta, exercício, cessação tabágica) após um evento cardiovascular, está associada a um substancial decréscimo no risco de eventos cardiovasculares recorrentes (Perk et al., 2012; Chow et al., 2010).

Os participantes referiram que as indicações que cumpriam com maior frequência eram as relativas à redução da exposição ao tabaco, resultado que pode estar associado ao facto de apenas uma pequena parte da amostra ser fumadora.

As indicações relativas ao regime alimentar foram referidas como sendo também frequentemente cumpridas, resultado este que consideramos um pouco contraditório tendo em conta que 87% dos participantes apresentavam excesso de peso e 43,5% referiram sentir dificuldade em cumprir o regime alimentar. Dos participantes que referiram dificuldade em cumprir o regime alimentar, como justificação, referiram a falta de horários e locais adequados para realizar as refeições, assim como défice de conhecimentos acerca do regime alimentar. Consideramos que alguns participantes podem ter referido que cumpriam o regime alimentar, por apresentarem um défice de conhecimentos acerca do mesmo. Este problema foi já previamente reconhecido na população portuguesa e neste sentido o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cérebro-cardiovasculares, enfatiza as estratégias que visam a melhoria da informação sobre os malefícios do excesso ponderal e as vantagens de uma alimentação saudável (DGS, 2017). Peterson et al. (2010) referem vários estudos qualitativos em que se observou que o défice de conhecimentos acerca de hábitos saudáveis era apontado como estando na origem da baixa adesão à mudança de comportamentos a nível dos doentes cardiovasculares.

As indicações relativas ao regime de exercício físico assim como à redução do stresse e ansiedade foram aquelas que os participantes referiram que cumpriam com menos frequência. Quando questionados sobre as razões para a não adesão a estas

recomendações foram apresentadas, no caso do exercício físico, razões como o cansaço, a existência de problemas osteoarticulares, falta de tempo, mas também a falta de motivação. Alguns destes obstáculos haviam sido já descritos em estudos anteriores como o de Rahman et al. (2015).

A dificuldade em reduzir o stresse e a ansiedade foi atribuída a razões como a personalidade e problemas pessoais, familiares e profissionais. Santos (2004) refere que a ansiedade e a depressão podem influenciar o regresso ao trabalho nos doentes coronários e podem influenciar também negativamente a evolução da doença e a necessidade de futuros internamentos. O ensino de técnicas de gestão de stresse é tão importante, como todas as outras recomendações relativas às mudanças de estilo de vida, em indivíduos com risco muito alto de DCV (Perk et al., 2012) e permitem reduzir a mortalidade e a morbilidade cardiovascular (Santos, 2004).

Relativamente à associação entre as variáveis verificámos que a adesão ao regime medicamentoso apresenta uma associação positiva, moderada e muito significativa com a competência percebida, o que significa que os doentes que se percecionavam como mais competentes para a gestão da sua doença foram os que relataram uma maior adesão aos medicamentos. Estes resultados vão ao encontro de estudos já referidos onde a competência percebida se revelou preditora de um melhor controlo glicémico (Garrett, 2008), de uma maior adesão ao regime medicamentoso na DPOC (Vieira, 2018) e da abstinência tabágica após síndrome coronária aguda (Rocha, 2017).

Segundo a OMS (2003) existem objetivos comportamentais de tratamento que devem ser trabalhados em concomitância com os objetivos biomédicos no sentido de melhorar a adesão, entre eles o desenvolvimento da motivação intrínseca com o aumento da perceção da importância da adesão e o fortalecimento da confiança em si próprio ao desenvolver competências de autogestão.

Verificamos também uma associação positiva entre a regulação autónoma e a competência percebida, ou seja, os doentes com um tipo de regulação mais autónoma para a gestão da sua doença são os que se sentiam mais competentes para esse efeito. Esta relação entre estas duas variáveis também foi evidenciada por outros autores (Williams et al., 2006; Mildestvedt et al., 2007; Garrett, 2008) que constataram que as intervenções clínicas no sentido da mudança de comportamentos e a sua manutenção a longo prazo podem ser melhoradas aumentando a autonomia do doente e a sua competência percebida.

No caso da adesão ao regime não medicamentoso, verificámos que esta apresenta também uma associação positiva com a competência percebida e com a regulação autónoma. Este tipo de relação também se verificou com o suporte social global e as suas três subescalas (suporte emocional e familiar, sentido de controlo e suporte financeiro), ou seja, a adesão ao regime não medicamentoso foi maior nos doentes que se sentiam mais competentes para a autogestão, que apresentavam uma regulação mais autónoma para a autogestão e que percecionavam um maior suporte social.

No âmbito da doença crónica, o suporte social é um importante recurso associado à promoção de uma maior adesão ao tratamento e à diminuição do tempo de recuperação (Pedroso e Sbardelloto, 2008; Rodrigues e Madeira, 2009), mas também pode diminuir o risco de agravamento da doença através da promoção de comportamentos relevantes para a gestão e controle, tais como a assistência e reforço dos esforços do doente no início e na manutenção das mudanças de estilos de vida (Abreu-Rodrigues e Seidl, 2008).

Neste âmbito específico da adesão ao regime não medicamentoso vários autores também verificaram uma associação entre as variáveis acima descritas, nomeadamente Abreu-Rodrigues e Seidl (2008), que afirmam que o suporte social parece influenciar positivamente a adesão à prática de atividade física, à adoção de um regime alimentar adequado, à cessação tabágica e à redução do consumo de álcool.

Abreu-Rodrigues e Seidl (2008) ao evidenciar a relação positiva entre a disponibilidade de suporte social e a melhoria do estado do doente coronário faz referência ao estudo realizado por Franks et al (2006) onde se verificou uma relação positiva entre o suporte social disponibilizado pelas esposas de doentes pós EAM e a adesão a comportamentos de saúde. Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos neste estudo, em que os participantes revelaram percecionarem um elevado suporte social e elevado suporte emocional e familiar, sendo que as esposas foram mencionadas como a maior fonte de apoio na gestão do regime terapêutico.

Foi ainda encontrada uma associação negativa entre o nível de escolaridade e a regulação controlada, sugerindo que os participantes com menor nível de escolaridade, sentem-se menos autónomos na gestão da sua doença. A OMS (2003) evidencia o baixo nível de escolaridade como um dos fatores que influenciam a adesão terapêutica. Um doente com um nível de escolaridade mais baixo poderá agir mais em resposta a pressões externas e determinada por outros, ou seja, de forma menos autónoma.

Quanto ao estado civil, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os doentes casados/ união de facto e os não casados (solteiros, divorciados e viúvos), quanto ao ambiente terapêutico, a adesão ao regime não medicamentoso, o Suporte Social Global e a subescala Suporte emocional e familiar. Assim, os doentes casados/ união de facto relataram uma maior perceção do ambiente terapêutico como facilitador da autonomia, apresentaram uma maior adesão ao regime não medicamentoso e uma perceção mais elevada de suporte social, mais especificamente no domínio emocional e familiar.

De recordar que os cônjuges foram referidos pela maioria dos doentes como a maior fonte de suporte e de apoio na gestão diária da doença, sendo que a ajuda referida prestada pelos cônjuges, englobava a confeção dos alimentos de acordo com o regime alimentar indicado, mas também, a companhia na prática de exercício físico e o acompanhamento na ida a consultas e exames, o que pode explicar a diferença encontrada a nível da adesão ao regime não medicamentoso. Como foi já referido anteriormente, o isolamento social está relacionado com uma saúde mais débil e uma taxa de mortalidade muito superior, constituindo um fator de risco equiparado ao tabagismo, à obesidade, à inatividade física e hipercolesterolémia (Hockenbury e Hockenbury, 2003 cit. por Rodrigues e Madeira, 2009).

Uma variável de especial interesse neste estudo foi o seguimento em consulta de enfermagem. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que era acompanhado em consulta de enfermagem e o grupo que apenas era seguido em consulta médica, ao nível da competência percebida, do ambiente terapêutico e a adesão ao regime não medicamentoso. Essas diferenças revelaram que o grupo de doentes seguidos em consulta de enfermagem apresentava uma maior adesão ao regime não medicamentoso, uma maior competência percebida e uma maior perceção do ambiente terapêutico como facilitador da autonomia para a autogestão.

Embora ainda só disponíveis num número restrito de instituições de saúde, as consultas de enfermagem são muito importantes na autogestão da doença coronária. Segundo Piepolli et al. (2015) os programas de prevenção das doenças cardiovasculares liderados por enfermeiras são eficazes a nível de mudanças de estilos de vida mais saudáveis, nomeadamente a nível da dieta e da atividade física e do controlo mais efetivo dos fatores de risco, contribuindo assim para a uma diminuição do risco de mortalidade e de ocorrência de complicações.

Chase et al. (2016) na sua meta-análise sobre a adesão à medicação em doentes coronários, refere que os enfermeiros são fontes de influência importantes na promoção de comportamentos de saúde e podem ser também intervenientes eficazes na promoção da adesão terapêutica. Também neste sentido, Cortés-Beringola et al. (2017) referem que programas liderados por enfermeiros ou programas de enfermagem domiciliários no domínio da reabilitação são alternativas válidas aos modelos mais comuns de reabilitação cardíaca e que estão associados ao aumento da adesão dos doentes.

CONCLUSÃO

A finalidade deste estudo foi a de aprofundar conhecimento no domínio da autogestão, especificamente em torno dos fatores psicossociais que se relacionam com a adesão ao regime terapêutico, visando encontrar contributos para planear intervenções de enfermagem promotoras do bem-estar e da qualidade de vida, da pessoa com doença coronária.

Dos resultados deste estudo destaca-se, de uma forma positiva, a motivação da pessoa com doença coronária para a autogestão da doença, com um predomínio de uma regulação autónoma e um forte sentimento de competência para manter o regime terapêutico. Constatou-se ainda que os participantes percecionavam o ambiente terapêutico como estimulador da sua autonomia e relatavam níveis elevados de suporte social percebido. É ainda de assinalar o facto de os participantes apresentarem uma elevada adesão ao regime medicamentoso.

Foram encontradas associações entre as variáveis motivacionais, o suporte social e a adesão ao regime terapêutico, confirmando resultados de estudos prévios no âmbito das doenças crónicas. Verificou-se que a adesão ao regime medicamentoso era tanto maior quanto mais elevada fosse a competência percebida. Por sua vez, a adesão ao regime não medicamentoso era tanto mais elevada quanto maior a autonomia, a competência percebida e a perceção de suporte social. Salienta-se também que quanto maior era a competência percebida, maior a regulação autónoma para a autogestão.

Evidenciaram-se como variáveis sociodemográficas determinantes da adesão, a escolaridade e o estado civil. Quanto menor o nível de escolaridade, menor a autonomia para a autogestão. Os participantes casados/ união de facto, para além de apresentarem uma maior adesão ao regime não medicamentoso, também relataram uma maior perceção do ambiente terapêutico como facilitador da autonomia e um maior suporte social, com destaque para o suporte emocional e familiar.

Um resultado interessante que emergiu neste estudo foi que os doentes seguidos em consulta de enfermagem quando comparados com os doentes que eram apenas seguidos em consulta médica, apresentaram uma maior adesão ao regime não

medicamentoso, uma maior competência percebida e uma maior percepção do ambiente terapêutico como facilitador da autonomia para a autogestão.

Podemos inferir assim, que intervenções de enfermagem centradas na promoção da competência percebida, da motivação autónoma e do suporte social, conduzem a uma maior adesão ao regime terapêutico.

É importante refletir também, sobre aspetos menos positivos que emergem dos resultados obtidos e que se revestem de grande importância para a prática clínica, pelas suas implicações na autogestão da doença. A adesão ao regime não medicamentoso foi apontada como mais difícil comparativamente à adesão ao regime medicamentoso, na medida em que a adesão ao regime de exercício físico, regime alimentar e a redução do stress e da ansiedade, foram os aspetos que os participantes referiram como tendo mais dificuldade em cumprir. Importa realçar estes resultados no sentido de definir estratégias de atuação mais eficazes pois, o regime não medicamentoso, é uma das principais componentes da prevenção secundária da doença coronária e a adesão ao regime não medicamentoso está associada à diminuição da ocorrência de eventos coronários recorrentes e à diminuição da mortalidade associada à doença (Perk et al., 2012; Chow et al., 2010).

Outro aspeto a salientar é o facto de os participantes, apesar de terem apresentado um predomínio de uma regulação autónoma para a autogestão, também apresentaram um valor médio alto para a regulação controlada, que é um tipo de regulação do comportamento baseado em pressões externas e/ou determinada por outros (Almeida, 2013; Laureano, 2014). Tendo em conta que este tipo de regulação está associado a menores taxas de adesão a longo prazo (Deci e Ryan, 2008), emerge a necessidade de apostar em intervenções de enfermagem que promovam, de forma continuada, a autonomia do doente na gestão da sua doença.

As intervenções de enfermagem junto da pessoa com doença coronária, devem visar a capacitação da pessoa para a gestão do regime terapêutico, baseando a sua prática clínica na mais recente evidência. Importa não só o aumento da literacia em saúde (DGS, 2017; ARSN, 2014), mas o trabalho em conjunto com o doente, no sentido de este alcançar as competências necessárias, de modo a atingir a mestria na gestão diária da sua doença.

Os enfermeiros têm um papel fundamental na otimização da adesão ao tratamento e na capacitação do doente para a autogestão da doença (OE, 2009), sendo para isso necessário, criar um ambiente terapêutico facilitador da autonomia, que promova a satisfação das necessidades básicas de autonomia, competência e de relação (Ryan et al., 2008), de modo a que estas integrem as mudanças comportamentais necessárias para

manter a sua saúde e bem-estar. Os profissionais de saúde que acompanham estes doentes, ao assumirem um suporte autónomo e não de controlo, estão a facilitar o processo de identificação e de integração, que fazem emergir uma motivação mais autónoma e autodeterminada, a qual está associada a melhores resultados de saúde (Ryan et al. 2008; Almeida, 2013).

Na leitura e interpretação dos resultados deste estudo, há que ter em conta as limitações que este apresenta. Desde logo, é importante salientar o tamanho reduzido da amostra, que não permite a generalização dos resultados à população portuguesa com doença coronária. Este aspeto foi também, em parte, responsável pela impossibilidade de explorar o efeito de determinadas variáveis sociodemográficas e clínicas na autogestão, por exemplo, a baixa representatividade de pessoas do sexo feminino, limitou a exploração do efeito do sexo no processo de autogestão da doença.

No que diz respeito ao processo de colheita de dados, o facto de este ter sido realizado através da aplicação do questionário, sob a forma de formulário, pode ter influenciado as respostas dos participantes e provocado um efeito de desejabilidade social. O facto de a colheita de dados ser também realizada na mesma instituição onde os participantes estavam a ser seguidos e apesar de terem sido informados aquando da explicação do consentimento informado, da total confidencialidade das suas respostas, pode também, ter condicionado as suas respostas. Apesar de todas as limitações referidas, consideramos que os resultados deste estudo são mais um contributo para o desenvolvimento das ciências da enfermagem e para o desenvolvimento de intervenções destinadas à promoção da autogestão na pessoa com doença coronária.

Destacamos no entanto um aspeto muito positivo neste processo de investigação, que foi a realização do pré-teste do instrumento de colheita de dados. Esta etapa revestiu-se de grande importância, pois determinou alterações não só no próprio instrumento de colheita de dados, através da modificação de algumas questões, mas também no procedimento de colheita de dados, que passou a ser feito sob a forma de formulário em vez de questionário. Estas mudanças contribuíram para uma colheita de dados mais fidedigna.

Quanto a sugestões para investigação futura e considerando a escassa investigação em torno das variáveis principais deste estudo no domínio da doença coronária, sugere-se a realização de mais estudos neste âmbito, nomeadamente estudos qualitativos no sentido de conhecer as crenças e atitudes dos doentes em relação à doença coronária e ao regime terapêutico, assim como, a exploração mais aprofundada das razões para uma menor adesão ao regime não medicamentoso.

Neste sentido, sugere-se também a implementação de programas desenvolvidos na área da enfermagem, de carácter preventivo e em função do risco cardiovascular, com consultas especializadas que visem a adesão dos doentes ao regime terapêutico, assim como a realização de estudos de natureza experimental, de modo a determinar a eficácia das intervenções de enfermagem.

Consideramos este estudo muito pertinente e atual dentro do enquadramento da doença coronária no nosso país. Trata-se também de um estudo que pode ser facilmente reproduzível noutros contextos (cuidados de saúde primários, centros de reabilitação cardíaca, entre outros).

Este estudo contribui assim para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem no domínio da autogestão na pessoa com doença coronária, permitindo a prática de uma enfermagem baseada na evidência, cujas intervenções vão ao encontro das necessidades dos doentes permitindo uma gestão eficaz da sua doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABREU-RODRIGUES, M.; SEIDL, E. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. In: *Paidéia* [Em linha]. 2008. Vol.18, nº40, pp. 279-288. [consult.19 Maio 2017]. Disponível em: www.redalyc.org/html/3054/305423762006/.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE (ARSN). *Plano Regional de Saúde do Norte, 2014-2016*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., 2014.

AGHABEKYAN, S. et al. Medication noncompliance and patient satisfaction following percutaneous coronary intervention. *Journal of Interventional Cardiology*. 2012, nº 25, pp.469-475.

ALLEN, J. et al. Social Support and health behavior in hostile blacks and white men and women in CARDIA. In: *Psychosomatic Medicine* [Em linha]. 2001, nº63, pp: 609-618. [consult. 2017-05-19].

Disponível em: http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2001/07000/Social_Support_and_Health_Behavior_in_Hostile.14.aspx.

ALMEIDA, M. *Motivação e comportamentos de saúde, relação com a qualidade de vida, em adultos da comunidade*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Tese de Doutoramento, 2013.

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. *Documento orientador sobre as Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2007.

ANTUNES, C. *Estratégias de coping e adesão ao tratamento farmacológico na doença coronária isquémica*. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2011. Dissertação de Mestrado.

AVITAL, O.; OJI, O. ; PRAVIKOFF, D. Acute Coronary Syndrome in Older Adults. *CINAHL Nursing Guide* [Em linha]. Outubro 2017. [consult. 20-12-2017]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T707293&lang=pt-br&site=nrc-live>

BANDURA, A. Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*. 1984, nº8, pp. 231-255.

BARLOW, J. et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling* [Em linha]. 2002. vol. 8, nº2, pp.177-187. [consult. 3-05-2017]. Disponível em: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(02\)00032-0/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(02)00032-0/pdf).

BASSAND, J. et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-

Segment Elevation Syndromes of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*.2007, vol. 28, nº 13, pp. 1598-1660.

BUSSE, R., et al. *Tackling chronic disease in Europe- Strategies, interventions and challenges*. [Em linha].Copenhaga: WHO Regional Office for Europe, 2010.[consult. 2018-10-02]. Disponível em:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf

CHASE, D. et al. The effectiveness of medication adherence interventions among patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Journal of Cardiovascular Nursing*. [Em linha]. 2016, vol.31, nº 4, pp.357-366. [consult. 2018-01-08]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27057598>.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES (CNDCV). *Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES (CNDCV). *Indicadores de actividade*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2009.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. Managing Chronic Illness at home: three lines of work. *Qualitative Sociology*. 1985, vol. 8, nº3, pp. 224-247.

CORTÉS-BERINGOLA, A. et al. Planning secondary prevention: Room for improvement. *European Journal of Preventive Cardiology*. [Em linha]. 2017, Jun. Vol. 24 (3_suppl),pp. 22-28 [consult. 2018-01-12]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28618903>

CRUZ, M. *Preparação da Alta Hospitalar da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013. Dissertação de Mestrado.

D'ANGELO, M.; REID, R.; PELLETIER, L. A Model for exercise behavior change regulation in patients with heart disease. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 2007, nº29, pp.208-224.

DECI, E.; RYAN, R. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Nova Iorque: Plenum, 1985.

DECI, E.; RYAN, R. The “what” and the “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 2000, vol.11, nº 4, pp.227-268.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Portugal. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa : Direção-Geral de Saúde, 2006.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Portugal. *Programa Nacional para as doenças cerebro-cardiovasculares – Orientações programáticas*. Lisboa : Direção-Geral de Saúde, 2012.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Portugal. *Doenças Cerebro- cardiovasculares em Números - 2013*. Lisboa : Direção-Geral de Saúde, 2013.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Portugal. *Doenças Processo assistencial integrado do risco vascular no adulto*.Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 2014. ISBN 978-972-675-212-7.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Portugal. *Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção- Geral da Saúde, 2015.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE a. Portugal. *Prescrição de exames laboratoriais para avaliação de dislipidemias no adulto*. Lisboa: Direção- Geral da Saúde, 2015.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Portugal. *Doenças Cerebro- cardiovasculares em Números - 2015*. Lisboa : Direção-Geral da Saúde, 2016.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE a. Portugal. *Programa Nacional para a promoção da actividade física* . Lisboa : Direção-Geral da Saúde, 2016.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDEa. Portugal. *Abordagem terapêutica da angina estável – Norma da Direção Geral de Saúde, 2015*. Lisboa : Direção-Geral de Saúde, 2016.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Portugal. *Programa Nacional para as doenças cerebro-cardiovas-culares 2017*.Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 2017.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE a. Portugal. *Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável2017*.Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 2017.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE b. Portugal. *Programa Nacional para a Diabetes 2017*.Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 2017.

ENCARNAÇÃO, R. *O Suporte do Enfermeiro na Autogestão da Doença Oncológica: Uma Revisão Sistemática da Literatura*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Dissertação de Mestrado.

ENG, M. et al. Social ties and change in social ties to subsequent total and cause-specific mortality in coronary heart. Heart disease incidence in men. *American Journal of Epidemiology*[Em linha]. 2002, nº155, pp. 700-709. [consult. 2017-05-19]. Disponível em:<https://academic.oup.com/aje/article/155/8/700/65625>.

FERREIRA, M.; GUERRA, M. P. Adaptação à lesão vertebro-medular. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2014, vol. 15, nº2, pp. 380-395. ISSN 1645-0086.

FERREIRA, T.; RIBEIRO, J.; GUERREIRO, M. Estudo da adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social em doentes submetidos a revascularização do miocárdio. *Revista Referência*. 2004, nº 11, Março, pp.5-16.

FIGUEIRAS, M. A relevância dos modelos de senso-comum da doença para a adesão terapêutica. *Revista Factores de Risco da Sociedade Portuguesa de Cardiologia*. 2008. Lisboa., nº1 (Out.-Dez. 2008), pp 38-41. ISSN 1646-4834.

FILIPONE, L., FARINA, G. Acute Coronary Syndromes: a practical review for primary care physicians. *Primary Care update for Ob/Gyns*. 2003, Vol. 10, nº 5, pp. 224-230.

FORTIN, M.; CÔTÉ, J.; FILION, F. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures : Lusodidacta. 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FOSTER, C. et al. The NCRI cancer experiences collaborative: defining self management.[Em linha]. *European Oncology Nursing Society*. Vol. 11, nº4, 2007, pp. 295-297. [Consult. 2018-

10-04]. Disponível em: [https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(07\)00100-7/fulltext](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(07)00100-7/fulltext).

FRANKS, M. et al. Spouses provision of health-related support and control to patients participating in cardiac rehabilitation. *Journal of Family Psychology*. 2006, nº20, pp.311-318.

FREDERIX, I.; DENDALE, P.; SCHMID, J. Who need's secondary prevention?. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2017, vol.24 (3S), pp.8-13.

GONSALVES, A. *Prevenção secundária da doença coronária*. Coimbra: Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Coimbra, 2003.

GUERRA, M. P. Uma escala de avaliação do suporte social: Sua aplicação numa população seropositiva ao vírus HIV. *Avaliação psicológica: Formas e contextos*, 1995, vol. 3, pp.25-34.

GUERRA, M. P. *Seropositividade e auto-organização psicológica: um modelo de avaliação da adaptabilidade humana à seropositividade ao vírus da Sida*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, 1994. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor.

GARRETT, S. *Adesão ao tratamento da diabetes em adolescentes: fatores motivacionais*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação: Universidade do Porto, 2008. Dissertação de Mestrado.

GUERRA, M.; et al. *Level of self-determination in adults quitting smoking*. Poster session presented at the 17th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Kos, Greece. 2003.

HAN, S. et al. Sex differences in atheroma burden and endothelial function in patients with early coronary atherosclerosis. *European Heart Journal*. [Em linha]. 2008, vol. 29, pp. 1359-1369. [consult. 2017-08-15]. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehn142>

HELGESON, V. Social Support and quality of life. In: *Quality of Life research*. [Em linha]. 2003. Vol.12, suppl.1, pp.25-31. [consult. 2017-06-15]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1023509117524>.

HENRIQUES, J. *Adesão ao regime terapêutico proposto à pessoa com história de EAM- o papel do enfermeiro*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2011. Dissertação de Mestrado.

HOCKENBURY, D.; HOCKENBURY, S. *Descobrimos a Psicologia*. São Paulo: Edições Manole. 2003.

HOGAN, B.; LINDEN, W.; NAJARIAN, B. Social Support interventions. Do they work? In: *Clinical Psychology Review*. [Em linha]. 2002, vol.22, nº3, pp: 381-440. [consult. 2017-05-03]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735801001027>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2016.

KÄHKÖNEN, O. *Adherence to treatment of patients with coronary heart disease after a percutaneous coronary intervention*. University of Eastern Finland, 2017. Doctoral Thesis.

KÄHKÖNEN, O. et al. Motivation is a crucial factor for adherence to a healthy lifestyle among people with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *Journal Of Advanced Nursing*. [Em linha].2015, vol. 71, nº 10 , pp. 2364–2373.[Consult. 2018-10-04]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.12708>.

KASSAB, Y. et al. Trends in adherence to secondary prevention medications in post-acute coronary syndrome patients. *Pakistan Journal of Pharmaceutical Sciences*. Março 2015, vol.28, nº 2, pp.641-646.

LAUREANO, M. A teoria da autodeterminação em contextos de exercício e/ou atividade física. In: *efdeportes.com*. [Em linha]. Abril de 2014. [consult. 2015-06-25]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>.

LEVESQUE, C.; et al. Validating the theoretical structure of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *Health Education Research*. 2007, nº 22, pp. 691-702.

LIMA, L., et al. Perfis de ajustamento psicossocial em adultos de mais idade. In: Fórum Internacional de Autocuidado, Porto, 2016.

LOPES, M. *A pessoa com enfarte agudo do miocárdio- impacto no masculino*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2011. Dissertação de mestrado.

LORIG, K.; HOLMAN, H. Self-Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. *Annals Behavioral Medicine*. 2003, vol. 26, nº1, pp.1-7.

MACEDO, A.; ROSA, F. O Síndrome Coronário Agudo nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Médica Portuguesa*. 2010, nº23, pp.213-222.

MACEDO, A. et al. Percepção da doença cardíaca e cerebral e dos fatores de risco cardiovasculares em Portugal: Estudo AMALIA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2008, vol.27, Sup.5, pp. 569-580.

MACEDO, B. *Prevalência de fatores de risco cardiovascular em doentes com síndrome coronária aguda*. Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, 2013. Dissertação de Mestrado.

MACHADO, M. Adesão ao Regime Terapêutico. Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. Braga: Universidade do Minho. 2009. Dissertação de Mestrado.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. *Qual a Fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?* Laboratório de Psicologia, 2006, Vol.4, nº1, pp. 65-90.

MARQUES, L. Resultados e limitações da Angioplastia primária nos Idosos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 2005, vol. 24, Sup.2, pp. 210-220.

MARTINS, C. Manual de Análise de dados Quantitativos com Recurso ao IBM®SPSS®: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. Braga: Psiquilibrios edições, 2011.

MARTINS a, R. *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2011. Dissertação de Mestrado.

MATTSON, M.; HALL, J. Linking health communication with...Social Support. *Mattsons's Health as Communication Nexus*. [Em linha]. Kendall Hunt Publishing Co. 2011, pp: 181-218. ISBN 978-0-7575-5987-7. [consult. 2015-11-20]Disponível em: <https://www.researchgate.net/file.postFileLoader.html?id=5685e87161432562948b4567&assetKey=AS%3A312927217750017%401451619070742>.

MCSPADDEN, K. et al. The association between motivation and fruit and vegetables intake: The moderating role of social support. *Appetite*, 2016, nº 96, pp.87-94.

MENDES, M. Reabilitação Cardíaca em Portugal. Ponto da situação em 2013-2014. Comentário editorial. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 2016, Vol. 35, nº 12, pp.669-671.

MESTRE, S. A importância da motivação no tratamento da obesidade em jovens adultos. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto. 2010. Tese de doutoramento não publicada.

MILDESTVEDT, T. et al. Nodifference in lifestyle changes by adding individual counseling to group-based rehabilitation RCT among coronary heart disease patients. *Scandinavian Journal of Public Health* [Em linha]. Dezembro 2007, vol. 35, nº6, pp. 591-8. [consult. 2015 -10-12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14034940701349241>

MONTALESCOT, G. et al. 2013 ESC Guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 2013, nº 34, pp.2949-3003.

NOBRE, M.; DOMINGUES, R. Patient adherence to ischemic heart disease treatment. *Revista Associação de Medicina Brasileira*. [Em linha] Março 2017, vol. 63, nº3, pp.252-260. [consult. 2018 -01-12]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28489132>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Adherence to long term therapies, Evidence for action*. Geneva: OMS. 2003. ISBN 9241545992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva: OMS. 2005. ISBN 9241563001.

OREM, D. Modelo de Orem: *Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. 1993. ISBN 0-8016-6064-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para promover a Adesão ao Tratamento*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

PAIS RIBEIRO, J. *Metodologias de Investigação em psicologia da Saúde*. 3ª ed. Lisboa: Legis Editora. 2010. ISBN 978-989-8148-46-9.

PALLANT, J. *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using SPSS*. 4ª ed. Berkshire: McGrawHill, 2010. ISBN: 033534239-1.

PATRICK, H.; WILLIAMS, G. Self-determination Theory: It's application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. [Em linha] 2012, nº 9, vol. 19. [consult. 2018 -01-20]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323356/>.

PEDROSO, R.; SBARDELLOTO, G. Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: Revisão teórica. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. 2008, nº7. pp. 32-35.

PERDIGÃO, C. Aderência à terapêutica – Um novo fator de risco? Revista fatores de risco da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Lisboa. 2008, Nº 11, Out-Dez. 2008, pp. 6-7. ISSN 1646-4834.

PEREIRA, M.; GRAÇA E SILVA, S. Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de centro de Saúde da zona Norte. *Análise psicológica*. 2002, Vol.20, nº.1, pp. 35-43. ISBN 0870-8231.

PEREIRA, M.; SILVA, N. Escala de Adesão aos Medicamentos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. 1999, vol.6, pp.347-351.

PERK, J.; et al. 2012 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 2012, vol.33, pp.1635-1701.

PETERSON, J. et al. Living with heart disease after angioplasty: A qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart Lung*. 2010, vol.39, nº.2, pp.105-115.

PETRONILHO, F. *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização de recursos*. Lisboa: Universidade de Lisboa.2013. Tese de Doutoramento.

PIEPOLI, M.; et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Journal of Preventive Cardiology*, 2016, Vol.23, nº11, pp.1-96.

PIEPOLI, M.; et al. Secondary Prevention through cardiac rehabilitation: From knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal Cardiovascular Prevention Rehabilitation*, 2010, Vol. 17, nº1, pp.1-17.

RAHMAN, R. et al. Motivational processes and well-being in cardiac rehabilitation: a self-determination theory perspective. *Psychology, Health and Medicine*. 2015. Vol.20, nº 5, pp. 518-529.

REGUFE, V. *Autogestão no doente diabético: Papel do Enfermeiro na promoção da autonomia*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2017. Dissertação de Mestrado.

ROCHA, V. *A Teoria da Auto-Determinação e a Dependência Tabágica em Adultos após Síndrome Coronária Aguda: Um estudo Longitudinal*. Porto: Universidade do Porto. 2017. Tese de Doutoramento.

ROCHA, E. et al. Relatório Prevenção em destaque – Portugal. *Revista Factores de Risco*. 2015, nº36, Abr-Jun, pp.8-21.

RODRIGUES, A.; GUERRA, M. e MACIEL, M. Impacto do stress e hostilidade na doença coronária. *Rev. SBPH* [Em linha]. 2010, vol.13, nº1, pp. 107-135 [consult.2017-03-21]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=arttext&pid=S1516-085820100009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-0858.

RODRIGUES, V.; MADEIRA, M. Suporte Social e Saúde Mental: Revisão da Literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Edições Fernando Pessoa, 2009, pp. 390-399.

RUSHWORTH, F. et al. Patient –specific factors relating to medication adherence in a post-percutaneous coronary intervention cohort. *International Journal of Pharmacy Practice*. [Em linha]. 2012, nº20, pp.226-237. [consult. 2017-05-03]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.2042-7174.2011.00185>.

RUSSELL, K.; BRAY, S. Promoting Self-Determined Motivation for Exercise in Cardiac Rehabilitation: The role of Autonomy Support. *Rehabilitation Psychology*. 2010, vol.55, nº1, pp.74-80. DOI: 10.1037/a0018416.

RYAN, R.; et al. initial motivations for alcohol treatment: relations with patients characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*. 1995, nº 20, pp.279-297.

RYAN, R.; CONNELL, J. Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989, nº 57, pp.749-761.

RYAN, R.; DECI, E. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New directions. *Contemporary Educational Psychology*. 2000, nº25, pp.54-67.

RYAN, R.; DECI, E. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 2000a, nº55, pp.68-78.

RYAN, R.; DECI, E. *Handbook of self-determination research*. Rochester: University of Rochester Press.2002.

RYAN, R. et al. Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*. 2008, vol. 10, pp.2-5.

SANTOS, F. Problemas psicossociais no doente cardíaco. O papel da reabilitação cardíaca. *Revista Portuguesa de Psicossomática* [Em linha]. Janeiro-Junho 2004, vol.6, nº1, pp.37-42. [consult. 2017-05-03]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28760105>.

SANTOS, J. et al. Registo nacional de síndromes coronárias agudas: sete anos de actividade em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Lisboa. 2009, vol.28, nº 12 pp.1465-1500. ISSN 1465-1500.

SANTOS, R. et al. Adesão à terapêutica em doentes com patologia cardíaca. *Nursing*. Lisboa. Junho 2010, nº 258, pp. 11-20.

SHEEHY, S. *Enfermagem de Urgência da teoria à prática* 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001. 877 p. ISBN: 972-8383-16-9.

SILVA, M. *Predictors of exercise adherence and weight control: An application of Self Determination Theory*. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, 2010. Tese de Doutoramento não publicada.

SILVA, Pedro Marques. *25 Perguntas em Dislipidémia*. Lisboa: PermanyerPortugal, 2006. 208 p. ISBN 971-733-205-6.

SILVA, V. e ZAGO, M. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2005, vol.58, Sup. 4, pp. 476-480.

SIQUEIRA, M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*. 2008, nº13, vol. 2, pp. 381-388.

SPAHN, J. et al. State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. *Journal of the American Dietetic Association* [Em linha]. 2010, vol. 110, pp: 879-891. [consult. 2017-05-05]. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2010.03.021>.

STRAUB, O. *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed. 2005. ISBN 9788582710531.

TEIXEIRA, C. et al. Plano Regional de Saúde do Norte, 2014-2016. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

VAN DER WERF, F. et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the task force on the management of ST –segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*. European Society of Cardiology. 2008, Vol. 29, nº 23, pp. 2909-2945. ISSN 1522-9645.

VIEIRA, S. *Autogestão na Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2017. Dissertação de Mestrado.

WANG, H.; MITTLEMAN, A.; ORTH-GOMER, K. Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. In: *Social Science and medicine* [Em linha]. 2008, vol. 60, nº3, pp: 599-607. [consult. 2017-05-17]. Disponível em : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.05.021>.

WILLIAMS, G. et al. A Self-Determination multiple risk intervention trial to improve smoker's health. *Journal of General Internal Medicine*. 2006, nº 21, pp. 1288-1294.

WILLIAMS, G. et al. Autonomous regulation and adherence to long-term medical regimens in adult outpatients. *Health Psychology: Official Journal Of The Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 1998, n° 17, pp. 269-276.

WILLIAMS, G. et al. Motivational predictors of weight loss and weight loss maintenance. *Journal Of Personality And Social Psychology*. 1996, n° 70, pp.115-126.

WILLIAMS, G. et al. Presenting the facts about smoking to adolescents: effects of an autonomy-supportive style. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*.1999, n° 153, pp.959-964.

WILLIAMS, G. et al. Testing a Self-Determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Control through Diabetes Self- management. 2004. *Health Psychology*, n°23, vol. 1, pp.58-66.

WILLIAMS, G. et al. The importance of supporting autonomy and perceived competence in facilitating long-term tobacco abstinence. *Annals Of Behavioral Medicine: A Publication Of The Society Of Behavioral Medicine*. 2009, n° 37, pp. 315-324.

WILLIAMS, G. et al. Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient education and Counseling*. 2005, n° 57, pp.39-45.

YUSUF, Salim, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 2004, vol. 364. pp. 937-952.

ZELDMAN, A.; et al. Motivations, autonomy support, and entity beliefs: their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2004, n° 23, pp.675-696.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário de recolha de dados

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Autogestão na Pessoa com doença
coronária**

O papel do enfermeiro na promoção da autonomia

A investigadora:
Ana Luísa Rocha

Porto
2014

NOTA INTRODUTÓRIA

Este questionário insere-se num trabalho de investigação sobre a autogestão da doença coronária. Tem como finalidade dar contributos para identificar o papel do enfermeiro na promoção da autonomia do doente.

Solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário. A sua colaboração é importante para conhecermos a realidade sobre as implicações do tratamento para si. No entanto, a sua participação é voluntária. Pode desistir de participar em qualquer momento. Os dados são confidenciais e serão usados apenas nesta investigação.

Grata pela colaboração,

A investigadora

NOTA: Se pretender informações acerca dos resultados do estudo, estes estarão disponíveis a partir de Outubro, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto (Email: esep@esenf.pt). Ou poderá contactar o investigador através do telefone 917153057 ou Email ep4323@esenf.pt.

Este questionário integra os seguintes instrumentos:

- Questionário de autorregulação de Ryan e Deci (2000)
- Escala de competência percebida Ryan e Deci (2000)
- Questionário de percepção do ambiente terapêutico de Ryan e Deci (2000)
- Escala de suporte social de Guerra (1995)
- Escala de adesão aos medicamentos de Pereira e Silva (1999)

1. **Sexo:** Feminino Masculino 2. **Idade:** _____ anos.
3. **Anos de escolaridade:** _____ anos.
4. **Qual a sua profissão** (que exerce ou exerceu)? _____
5. **Qual a sua situação no emprego?**
- Empregado Desempregado Reformado Estudante
- Se está empregado:** Ativo Com Baixa
6. **Estado civil:**
- Solteiro/a Divorciado/a ou Separado/a Viúvo/a Casado/a ou Junto/a
7. **Número de filhos:** _____ 8. **Quantas pessoas vivem consigo?** _____
9. **Local de Residência:** Concelho _____ Distrito _____
10. **Qual a doença porque se encontra em tratamento nesta instituição?**
- _____
11. **Quais as pessoas com quem pode contar (que lhe prestam mais apoio), nesta fase da sua vida?** Incluindo familiares diretos ou outros (exemplo: amigos, vizinhos, grupos ou associações, etc.). _____
12. **É seguido em consulta de Enfermagem?** Sim Não
- Se sim,** com que frequência vem às consultas? _____
13. **Fatores de risco cardiovascular:**
- Hipertensão arterial Diabetes ICM>25 Peso____Alt____
- Dislipidemia Stress Tabagismo
- Sedentarismo
14. **Há quanto tempo foi diagnosticado?** _____
15. **Antecedentes pessoais (patologias e internamentos anteriores):**
- _____
- _____
-

As questões seguintes relacionam-se com as razões que o levam a manter o tratamento da doença coronária. Diferentes pessoas apresentam diferentes razões para o fazer. Gostaríamos de saber quanto verdadeira é para si cada uma das razões abaixo indicadas. Por favor, indique o quanto verdadeira é cada questão para si, assinalando uma **cruz (x)** à frente de cada afirmação com base na seguinte escala:

1	2	3	4	5	6	7
Nada verdadeira			Em parte verdadeira			Totalmente verdadeira

As razões que me levam a seguir o tratamento da doença coronária são:	1	2	3	4	5	6	7
1. Por que sinto que quero ser responsável pela minha própria saúde.							
2. Porque me sentiria culpado/a ou com vergonha de mim próprio/a se não seguisse o tratamento da doença coronária.							
3. Porque pessoalmente acredito que é o melhor para a minha saúde.							
4. Porque os outros ficariam aborrecidos comigo se não seguisse o tratamento da doença coronária.							
5. Realmente não penso muito nisso.							
6. Porque pensei cuidadosamente e acho que isso é muito importante para vários aspetos da minha vida.							
7. Porque me sentiria mal comigo próprio/a se não seguisse o tratamento da doença coronária.							
8. Porque para mim é uma decisão importante.							
9. Porque sinto pressão de outras pessoas para seguir o tratamento da doença coronária.							
10. Porque é mais fácil fazer o que me dizem do que pensar muito sobre o assunto.							
11. Porque está de acordo com os meus objetivos de vida.							
12. Porque quero ter a aprovação dos outros.							
13. Porque é muito importante para ser saudável.							
14. Porque quero mostrar aos outros que sou capaz de o fazer.							
15. Realmente não sei bem porquê.							

Por favor, indique o quanto verdadeira é cada questão para si, assumindo que pretende seguir o tratamento da doença coronária, com base na seguinte escala:

1	2	3	4	5	6	7
Nada Verdadeira		Em parte verdadeira			Totalmente verdadeira	

Afirmações:	1	2	3	4	5	6	7
1. Sinto confiança na minha força de vontade para cumprir a medicação da doença coronária.							
2. Presentemente, sinto-me capaz de ter os cuidados necessários para o tratamento da doença coronária.							
3. Sinto que sou capaz de não falhar nos cuidados a ter por causa do tratamento da doença coronária.							
4. Consigo fazer o que é necessário para seguir o tratamento da doença coronária.							

As questões seguintes relacionam-se com o que sente em relação aos profissionais de saúde que o/a têm acompanhado ao longo do seu tratamento. Por favor, indique o quanto verdadeira é cada questão para si, assinalando uma **crux (x)** à frente de cada afirmação com base na seguinte escala:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo plenamente			Não concordo nem discordo			Concordo plenamente

Afirmações:	1	2	3	4	5	6	7
1. Sinto que os profissionais de saúde me proporcionam escolhas e opções sobre como resolver os problemas associados ao meu tratamento da doença coronária.							
2. Sinto que os profissionais de saúde compreendem o modo como eu encaro os aspetos relacionados com os problemas associados ao meu tratamento.							
3. Os profissionais de saúde demonstram confiança na minha capacidade de seguir o tratamento da doença coronária.							
4. Os profissionais de saúde têm em atenção o modo como eu gostaria de gerir o meu tratamento da doença coronária.							
5. Os profissionais de saúde encorajam-me a fazer perguntas sobre o tratamento da doença coronária.							
6. Os profissionais de saúde tentam compreender qual a minha atitude antes de sugerirem qualquer mudança no tratamento.							

Segue-se uma lista de problemas que as pessoas frequentemente têm. Gostaríamos que assinalasse (X) com que frequência foi incomodado por esses problemas nos últimos 6 meses.

	Sempre ou quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1. Ter problema na gestão do dinheiro.					
2. Ter falta de um/a amigo/a.					
3. Ter poucas pessoas em que possa confiar.					
4. Ter poucas pessoas de quem se sinta próxima.					
5. Ter falta de alguém que se preocupe com os seus problemas.					
6. Ter falta de dinheiro suficiente para fazer as coisas que quer.					
7. Sentir-se demasiado controlado/a por outros.					
8. Ter falta de dinheiro suficiente para se governar.					
9. Ter poucos amigos.					
10. Ter problemas com o cônjuge ou ex-cônjuge (companheiro/a).					
11. Ter falta de alguém que lhe demonstre amor e afeição.					
12. Sentir-se demasiado dependente dos outros.					
13. Sentir que as outras pessoas interferem com aquilo que quero fazer.					
14. Ter problemas com familiares do cônjuge, companheiro/a ou parentes.					
15. Ter falta de alguém que compreenda os seus problemas.					
16. Ter problemas com as pessoas que lhe são próximas.					

Leia as frases que se seguem e diga em que grau concorda ou discorda, **colocando uma cruz (x)** no quadrado que melhor se adapta ao seu caso.

Afirmações:	Discordo totalmente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo totalmente
1. Às vezes esqueço-me de tomar os meus remédios.					
2. Às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades.					

Afirmações:	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Algumas pessoas esquecem-se de tomar os remédios. Com que frequência isso lhe acontece a si?					
2. Algumas pessoas dizem que se esquecem de uma dose da sua medicação ou ajustam-na para satisfazer as suas próprias necessidades. Com que frequência você faz isto?					

Com que frequência cumpre as indicações que lhe foram dadas pelo seu médico/enfermeiro relativas a:	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Alimentação (alimentação saudável, com baixo teor de sal e gorduras)					
2. Exercício físico (p. ex: caminhar)					
3. Redução da exposição ao tabaco					
4. Reduzir o stress e a ansiedade					
5. Auto-vigilância (medir a tensão arterial, vigiar a glicemia, colesterol, etc)					

Sente dificuldade em cumprir as indicações que lhe foram dadas relativamente a:

1. Alimentação	Sim		Não		Se sim, explicar porquê:
2. Exercício físico	Sim		Não		Se sim, explicar porquê:
3. Redução exposição ao tabaco	Sim		Não		Se sim, explicar porquê:
4. Reduzir o stress e a ansiedade	Sim		Não		Se sim, explicar porquê:
5. Autovigilância	Sim		Não		Se sim, explicar porquê:

Precisa de alguém que o ajude no cumprimento do tratamento da sua doença?

Não		
Sim	Quem?	De que forma?

ANEXOII

**Autorizações dos Conselhos de Administração e dos Conselhos de Ética de
duas Instituições Hospitalares para realização do estudo**



Ex. ma Senhora
Ana Luísa Delgado Vidal Rocha

Correio Normal

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
N.º
Proc.

Data
27-03-2014

ASSUNTO: Investigação

01.ABR.2014 4143

Ex . ma Senhora,

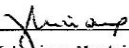
Acusamos a recepção do seu pedido para investigação, sobre o tema **“Autogestão no doente coronário – o papel do enfermeiro na promoção da autonomia”**.

Após apreciação pela Comissão de Ética deste Centro Hospitalar, temos o prazer de informar a autorização do estudo proposto, tendo a concordância da Sr.ª Diretora do Serviço de Cardiologia e sendo elo de ligação a Sr.ª Enf.ª Chefe do Serviço de Cardiologia .

A investigadora deverá entregar cópia dos resultados do seu trabalho, conforme a Norma de Investigação Clínica do CHTS.

Com os melhores cumprimentos,

O Vogal Executivo do
Conselho de Administração,


Enf. Luciano Monteiro

(Enfermeiro - Diretor

FP

DECLARAÇÃO

O Hospital Cuf Porto, S.A. declara para os devidos efeitos que:

Recebeu e analisou um pedido formulado pela Enfermeira Ana Luísa Delgado com vista à autorização para realização de um Estudo de Investigação no âmbito da sua Tese de Mestrado sobre o tema "Autogestão no doente coronário";

O estudo será realizado junto de doentes seguidos em consulta médica de cardiologia e sob orientação da Prof. Dra. Lígia Monteiro Lima;

O pedido foi aprovado devendo ser acautelada a confidencialidade dos dados recolhidos, bem como do consentimento informado dos participantes no Estudo e a realização do mesmo não poderá perturbar o normal funcionamento do serviço.

Porto, 8 de Maio de 2014



A Direcção de Enfermagem

ANEXO III

Consentimento livre e esclarecido para a realização do estudo

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Chamo-me Ana Luísa Rocha, sou enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital CUF Porto e aluna da Escola Superior de Enfermagem do Porto, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Estou a realizar um estudo intitulado “Autogestão no doente com patologia coronária” , sob a orientação da Profª Dr.ª Lígia Lima, que tem como finalidade identificar os fatores psicossociais que se relacionam com a adesão ao regime terapêutico, visando a promoção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa com patologia cardiovascular.

A sua participação neste estudo é muito importante pois através dos resultados obtidos poderemos melhorar a qualidade dos cuidados que lhe são prestados.

Neste sentido venho pedir a sua colaboração e disponibilidade para participar neste estudo, que desde já agradeço.

Os participantes deste estudo são doentes coronários que reúnam as condições necessárias para responder às questões.

A sua participação será através do preenchimento de um formulário com algumas questões com a ajuda da investigadora, às quais é livre de responder ou não. O tempo previsto para o preenchimento do formulário será de cerca de 30 minutos.

De forma a garantir o anonimato dos participantes não será colocado o seu nome no formulário.

O facto de participar neste estudo não lhe trará nenhum risco, inconveniente ou encargo, nem influenciará o atendimento e/ou o tratamento que lhe será prestado nesta instituição.

A sua participação é totalmente voluntária. Se por algum motivo quiser abandonar o estudo, pode fazê-lo, não necessitando de justificar a sua decisão.

CONTACTO:

Ana Luísa Rocha

Tel: 917153057

E-mail: ep4323@esenf.pt

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Designação do Estudo: “Autogestão no doente com patologia coronária”

Eu, _____
declaro ter compreendido a explicação da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Fui elucidado/a acerca dos seguintes tópicos:

- O uso da informação que vou fornecer é apenas para este estudo e não será facultada a outras pessoas que não estejam diretamente implicadas;
- Os dados serão colhidos através do preenchimento de um formulário, cujo anonimato e confidencialidade serão preservados;
- Após a recolha de dados tenho o direito de reler a informação, podendo retificar algum dado;
- Não se prevê a ocorrência de danos físicos ou efeitos colaterais;
- De acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto;
- A minha participação é voluntária, pelo que está salvaguardado o meu direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada;
- Em caso de dúvida, necessidade de informação adicional ou reclamação, poderei contactar o autor do estudo, cuja identificação e contacto me foi fornecido.

Por isso, consinto que me seja aplicado o formulário proposto pela investigadora.

Data: ____ / _____ / 201__

Assinatura do participante: _____

A Investigadora responsável:

Nome: Ana Luísa Rocha

Assinatura:

ANEXO IV

Autorização dos autores dos instrumentos de medida

Enviado do Correio do Windows

De: Marina Prista Guerra

Enviada: quarta-feira, 23 de abril de 2014 15:10

Para: cbastos@esenf.pt; ligia@esenf.pt

Caras Colegas

Autorizo a utilização da escala de Suporte Social por mim adaptada a uma população portuguesa, em trabalhos desenvolvidos por estudantes da vossa Escola sob a vossa orientação.

Junto anexo a publicação em acta do estudo psicométrico da referida escala.

Felicidades para o vosso trabalho,

Cordialmente

Marina Prista Guerra

Marina Prista Guerra

Prof. Associado com Agregação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Univ. Porto

Associate Professor, PhD - Faculty of Psychology and Educational Sciences - University of Porto

Rua Alfredo Allen,

4200-135 Porto- Portugal

Tel: +351 226079700

Fax: +351 226079725

Enviado do Correio do Windows

De: Deci, Edward

Enviada: quarta-feira, 19 de fevereiro de 2014 17:46

Para: Célia Santos; Ryan, Richard

Cc: 'Celeste Bastos'; 'Lígia Lima'

You have permission for the students to use the scales from our web site, and you can go ahead and download them.

To get the scales, go to the SDT web site. www.selfdeterminationtheory.org

You will need to register for the site, just once, the first time you use it to get a scale. After you have done that you will need to login to get to

the scales, and on future visits if you want to get scales you will also

have to login. Go to the Questionnaires page from menu on the left after you have logged in.

Scroll down to the Scale you want and click

Then click Get Scale at the top of the page. You will need to sign your name

to agree to conditions. You do this only once, namely the first time you download a scale, and it will apply to all times when you use any

questionnaire from the SDT site in the future. Then answer four questions

and you will have the scale to download.

Ed Deci

On 2/19/14 1:40 AM, "Célia Santos" <celiasantos@esenf.pt> wrote:

> Dear Dr. Ryan and Dr. Deci:

>

>

>

> My name is Celia Santos and I'm the coordinator of a research project in

> the area of Self-management in chronic illness.

>

> In June of 2012 one of our researchers asked your permission to use some of

> your instruments though the site -more precisely the Health Care SDT Packet

> (HC-SDT). The researchers name is Celeste Bastos and we enclose here the

> summary of our project in order to facilitate its identification.

>

> At the moment some of our MSc Students are preparing their dissertations and

> to hand in their final document they need an authorization letter attesting

> that they use the instruments with your permission. Since we couldn't print

> any document at the time could you please be so kind to send us one by

> email?

>

> We thank you in advance of your response.

>

> Yours sincerely,

>

>

> Célia Santos, PhD.
>
> Vice Presidente
>
> Professora-Coordenadora
>
>
>
> --
>
> Escola Superior de Enfermagem do Porto
>
> Rua Dr. António Bernardino de Almeida
>
> 4200-072 PORTO
>
> Telefones: 225 073 500 - Fax: 225 096 337
>
> Correio electrónico: celiasantos@esenf.pt
>
> Web: <http://portal.esenf.pt>
>
>
>
>
>

Edward L. Deci
Professor of Psychology and
Helen F. & Fred H. Gowen Professor in the Social Sciences
Department of Psychology
University of Rochester
P.O. Box 270266 (for US mail)
355 Meliora Hall (for couriers)
Rochester, NY 14627
phone: 585-275-2461
fax: 585-273-1100
email: deci@psych.rochester.edu
website: <http://selfdeterminationtheory.org>

--

Bom dia

Tem com certeza autorização para usar o referido instrumento mas o artigo da sua adaptação não é o que refere mas sim o que saiu na revista da sociedade brasileira de psicologia hospitalar.

Cumprimentos

M.Graça Pereira

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 PORTO
Telefones: 225 073 500 - Fax: 225 096 337
Correio electrónico: celiasantos@esenf.pt
Web: <http://portal.esenf.pt>

