


INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
(MÉDICOS, ENFERMEIROS E FISIOTERAPEUTAS)
DA ADESÃO DOS DOENTES AO TRATAMENTO**

LUISA MARIA REIS PEDRO
LISBOA, 2003

 ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada Rua da Quinta Dona Beatriz 120	Register: _____ Date: ____/____/____
Tel: 21 091 17 50 • bibliopa@ispa.pt	

Dissertação de Mestrado realizado sob orientação do
Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro,
apresentada no
Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a
obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de
Psicologia da Saúde conforme Portaria nº 107/97
de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b”
do nº2 do Artº5 do Decreto Lei nº216/92 de
13 de Outubro

ABSTRACT

Adherence to health care is causing great concern, not only in the health care professionals who assist the patients but also the scientific community who dedicates them studies and questions.

The progress of the political-philosophical concept of autonomy and own responsabilization of the people with their health and control of illness, specifically the management of long term disease, which lead the person to a new concept of being sick and a new way of leaving with the illness.

In this way of mind appears the question: how the health care professionals in a medical context, precepts the adherence to health care? The chosen where doctors, nurses and physiotherapists that works in central hospitals in the Lisbon area, in a total of 184 persons.

It were made two questionnaires. The first one with the goal of distinguish the sample and the second to measure the understanding of the health care professionals related to the adherence to health care treatment. This one have eight dimensions or subscales that analyses the validity and fidelity.

The results achieved allow to conclude that the problems of adherence to health care are in the concerning of the health care professionals, mostly the doctors, however, they have few information about the matter. Doctors are the professional group witch give more importance to the implementation of treatment schemes in a way to improve the adherence to health care. Nurses reports, as a the most important to the adherence to health care, education and promotion of health programs. Physiotherapists give more importance to the adherence to health care treatment by their patients, the way they understand the treatment and the efficiency of it.

RESUMO

A adesão ao tratamento têm despertado nos últimos tempos grande interesse, não só nos profissionais de saúde que interagem com os doentes, como também em toda a comunidade científica que dedica os seus estudos a estas questões.

O desenvolvimento do conceito político filosófico da autonomia e da responsabilização individual das pessoas pelo seu estado de saúde e controlo da doença, especificamente a gestão da doença crónica, remete para o indivíduo, um novo conceito de doente e uma nova forma de vivenciar a doença, no qual a adesão aos tratamentos recomendados pelos profissionais de saúde é fundamental para o sucesso dos resultados.

Nesta conjectura surge a questão como é que os profissionais de saúde, em contexto hospitalar, percebem a adesão dos doentes ao tratamento. Os participantes escolhidos para este estudo foram médicos, enfermeiros e fisioterapeutas que trabalham em Hospitais centrais na zona de Lisboa, num total de 184 indivíduos.

Foram elaborados dois questionários, o primeiro com objectivo de caracterizar a amostra e o segundo medir a percepção dos profissionais em relação à adesão dos seus doentes ao tratamento. Este último questionário é constituído por 8 dimensões ou subescalas, no qual foi analisado a validade e fidelidade.

Os resultados obtidos permitem concluir que as questões da adesão preocupam os profissionais de saúde, especialmente os médicos, no entanto, estes percebem pouca informação veiculada acerca do assunto. Os médicos são o grupo profissional que atribuem maior importância à implementação de esquemas de tratamento como medida para facilitar a adesão dos doentes aos tratamentos. Os enfermeiros referem como factor determinante na adesão, a educação e programas de promoção para a saúde. Os fisioterapeutas dão maior importância para a adesão dos seus doentes ao tratamento, as representações da doença que o doente tem, bem como, a percepção de auto-eficácia com o tratamento.

AGRADECIMENTOS

Primeiro quero agradecer ao Prof. Dr. Pais Ribeiro, pela sua disponibilidade, incentivo e profissionalismo que sempre acompanhou ao longo da realização deste trabalho e pela sua paciência nas alturas de maiores dúvidas e ansiedades.

Quero agradecer aos Directores de Serviço, às Enfermeiras Chefes e aos Coordenadores de Fisioterapia a sua disponibilidade para a realização do estudo nos seus serviços.

Aos médicos, enfermeiros e fisioterapeutas que acederam participar no estudo os meus agradecimentos

Um agradecimento muito especial ao Dr. Brotas, à Ana e ao Jorge pela preciosa ajuda durante toda a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de mestrado, pelas horas de boas disposição que passamos juntos.

Aos meus pais pelo apoio incondicional e ilimitado que sempre me deram.

E por fim e não menos importante ao meu filho João, por tudo o que ele me ensinou.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
<i>REVISÃO DA LITERATURA</i>	
O SURGIR DO CONCEITO DE ADESÃO	6
Conceptualização da Adesão	10
Avaliação da Adesão	15
A Não Adesão ao Tratamento	19
Causas da Não Adesão ao Tratamento	23
Modelos Teóricos de Adesão ao Tratamento	27
Modelo biomédico	27
Modelo da hipótese cognitiva	28
Modelo de representação da doença	29
Modelo de crença de saúde	31
Modelo da motivação para a protecção	33
Modelo de auto-eficácia	34
Modelo do comportamento planeado	35
Modelos Comportamentais dos Profissionais de Saúde	36
Modelo educacional	38
Modelo cognitivo	39
Teoria da atribuição	40
Modelo de utilidade esperada subjectiva	40
Modelo biopsicossocial	41
Adesão ao Aconselhamento em Saúde	43
Regime terapêutico e características da doença	43
Idade, sexo e factores socioculturais	44
Aspectos psicossociais dos doentes	45
Comunicação entre doentes e os profissionais de saúde	47
Implementação da Adesão ao Tratamento	51
Promoção e Facilitação da Adesão ao Tratamento	54
Conselhos para os profissionais de saúde	56

Percepção dos Profissionais de Saúde em Relação à Adesão	58
Questão de investigação	61
Objectivos do Estudo	61
MÉTODO	62
PARTICIPANTES	63
Características Demográficas da Amostra	68
DELINEAMENTO DO ESTUDO	74
Definição das variáveis	75
MATERIAL	76
Questionário Demográfico	77
Escala de Adesão	78
A construção dos itens	78
As subescalas	78
Formato da escala de adesão	82
Entrevista com Especialistas	83
Pré teste	84
Fidelidade do Instrumento	85
Consistência interna	85
Validade do Instrumento	89
Validade de conteúdo	89
PROCEDIMENTO	90
RESULTADOS	93
Estatística Descritiva	95
Análise entre Variáveis Demográficas e as Dimensões da Escala de Adesão	106
Análise dos Itens mais Significativos em relação às Profissões	111
Correlação entre Variáveis	115

DISCUSSÃO	117
REFERÊNCIAS	124
ANEXOS	129

ÍNDICE de FIGURAS

Figura 1- Distribuição da amostra por idades	68
Figura 2- Distribuição da amostra por sexo	69
Figura 3- Distribuição da amostra por estado civil	69
Figura 4- Distribuição da amostra por nacionalidade	70
Figura 5- Distribuição da amostra por Hospital onde trabalha	70
Figura 6- distribuição da amostra por anos de experiência profissional	71
Figura 7- Distribuição da amostra por anos de experiência no Hospital	71
Figura 8- Distribuição por doentes	72
Figura 9- Distribuição por patologia	73
Figura 10- Percepção da adesão	96
Figura 11- Conceptualização da adesão	96

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1- Percentagem de médicos que responderam ao questionário	64
Quadro 2- Percentagem de enfermeiros que responderam ao questionário	65
Quadro 3- Percentagem de fisioterapeutas que responderam ao questionário	67
Quadro 4- Consistência interna por dimensões da 5ª subescala	86
Quadro 5- Consistência interna por dimensões da 7ª subescala	87
Quadro 6- Consistência interna por dimensões da 8ª subescala	88
Quadro 7- Estatística descritiva da 1ª subescala	95
Quadro 8- Estatística descritiva da 4ª subescala	97
Quadro 9- Estatística descritiva da 1ª dimensão da 5ª subescala	98
Quadro 10- Estatística descritiva da 2ª dimensão da 5ª subescala	98
Quadro 11- Estatística descritiva da 3ª dimensão da 5ª subescala	99
Quadro 12- Estatística descritiva da 4ª dimensão da 5ª subescala	99
Quadro 13- Estatística descritiva da 5ª dimensão da 5ª subescala	100
Quadro 14- Estatística descritiva da 6ª subescala	100
Quadro 15- Estatística descritiva da 1ª dimensão da 7ª subescala	101
Quadro 16- Estatística descritiva da 2ª dimensão da 7ª subescala	102
Quadro 17- Estatística descritiva da 3ª dimensão da 7ª subescala	102
Quadro 18- Estatística descritiva da 1ª dimensão da 8ª subescala	103
Quadro 19- Estatística descritiva da 2ª dimensão da 8ª subescala	104
Quadro 20- Estatística descritiva da 3ª dimensão da 8ª subescala	104
Quadro 21- Dimensões importantes em relação ao sexo	106
Quadro 22- Dimensão p1 em relação à profissão	107
Quadro 23- Dimensão p5 em relação à profissão	107
Quadro 24- Dimensão p8 em relação à profissão	108
Quadro 25- Dimensão p10 em relação à profissão	108
Quadro 26- Dimensão p13 em relação à profissão	109
Quadro 27- 2º Subgrupo em relação à profissão	109
Quadro 28- 3º Subgrupo em relação à profissão	110
Quadro 29- Item 9.2 em relação à profissão	111

Quadro 30- Item 10.11 em relação à profissão	112
Quadro31- Item 10.13 em relação à profissão	112
Quadro 32- Item 11.8 em relação à profissão	113
Quadro 33- Correlação	114

INTRODUÇÃO

A busca do Homem pelo controlo do seu estado de saúde e a fronteira que distingue um ser saudável de um ser doente é muito mais que um conjunto de acontecimentos fisiopatológicos do organismo humano, em que o sinal e o sintoma são o paradigma desta consciência.

Citando Foucault (1963, p92) “É a intervenção de uma consciência que transforma o sintoma em sinal. Na realidade material, o sinal identifica-se com o próprio sintoma, este é o suporte morfológico indispensável do sinal. Não existe pois, sinal sem sintoma”.

Para Foucault (1963), esta reviravolta conceptual foi decisiva e abriu à investigação um domínio em que cada facto constatado, isolado e em seguida confrontado com um conjunto, pode ocupar um lugar em toda uma série de acontecimentos cujo convergência ou divergência eram, em princípio, mensuráveis. Dar ao espaço clínico uma nova estrutura em que o indivíduo posto em questão é a pessoa doente e que o facto patológico indefinidamente reproduzível em todos os doentes que atinge de modo semelhante, não é mais que uma convergência progressiva e teoricamente indefinida.

Os limites da saúde e da doença são percepções que se foram alterando ao longo da evolução do Homem e das várias sociedades, conforme foi evoluindo o seu próprio conhecimento científico, mas também o conhecimento filosófico, político, religioso e o próprio conceito social.

Segundo Ribeiro (1998), a medicina teve uma fase empírica-casuística, em que esta era realizada com recurso à experiência com poucas bases científicas. Depois, com a evolução das ciências exactas, com a química, a física, a matemática, etc., que foram fundamentais para a evolução da Medicina e para a descoberta de técnicas fundamentais para a cura de muitas doenças que dizimavam as populações, evoluiu-se para o Modelo Biomédico. As pessoas começaram a esperar tudo da Medicina e dos profissionais de saúde, como se fosse da responsabilidade destes a saúde e o bem estar das pessoas.

No final dos anos 70, com as conceptualizações politico-filosóficas da liberdade individual, começa a haver no seio dos conceitos da Saúde e Doença a concepção do indivíduo como um ser único e autónomo, com a sua identidade própria. Surge o conceito de que, em cada doente há uma pessoa, com as suas características físicas e anatómicas, mas também com os seus próprios hábitos e estilos de vida, estando estritamente associados quer à sua saúde, quer à sua doença, e ainda às suas conceptualizações sociais. Começa-se a aceitar que todo o conjunto destes factores poderão influenciar a percepção individual de estar ou não doente e a percepção dos outros em relação ao estado de saúde ou doença do indivíduo.

Para Grande (2001) em cada indivíduo, além de ser importante saber as causas da doença é necessário conhecer a sua história, a sociedade onde nasceu, todas as circunstâncias que o rodeiam, as suas preferências, as suas tristezas e os momentos importantes da sua vida. Tudo faz parte do conhecimento do doente e dão indicações de como é que cada doente vai reagir perante determinada realidade, a esta medicina de informação chama o autor “Informedicina”, que segundo ele, é a génese de uma nova fase de Medicina *Sociofilosofica* (Paúl & Fonseca, 2001).

Sendo assim, não podemos falar de doença sem contextualizar o indivíduo biopsicossocialmente, porque agora não há doenças que se limitem ao indivíduo com aquela realidade única. Ele é integrado no seu ambiente no sentido mais globalizador do termo. Esta realidade não se compadece com opiniões contra ou a favor de conceitos politico-filosóficos de globalização, ela é a realidade, o desafio para a vida, para o bem estar dos Homens e para a evolução do conceito de ser saudável e ser doente.

Paralelamente, o conceito de tratamento e as questões associadas á relação entre doente e aquele que trata, sofrem grandes metamorfoses. Para (Paúl & Fonseca, 2001) a doença não constitui uma realidade partilhada pelo médico e pelo doente, adquirindo ao invés, significados diferentes para ambos. Esta constatação implica que seja necessário conciliar dois discursos que se confrontam no encontro clínico, o discurso da ciência e tecnologia e o discurso da doença, da dor, do isolamento social e físico que constitui a condição do *doente*.

Desta estreita relação entre todos aqueles que prestam cuidados de saúde e os doentes, existem muitos factores que são determinantes para que os resultados obtidos sejam vantajosos. A adesão dos doentes aos tratamentos aconselhados pelos profissionais de saúde e a preocupação destes, no sentido de direccionar os tratamentos prescritos a cada doente, é sem duvida, um dos maiores desafios da relação profissional de saúde e doente, contextualizando esta inter-relação no paradigma da adesão ao tratamento.

Esta reflexão é cada vez mais actual e importante para todos aqueles que se relacionam com os cuidados de saúde, qualquer que seja o papel que assumam neste contexto, e nomeadamente, nas pessoas que estão colocadas no papel de profissional de saúde em grandes instituições hospitalares. Quais serão as suas cognições, as suas atitudes individuais e as suas práticas profissionais? Todas estas questões estão na base deste trabalho de investigação que, numa primeira fase, se baseou numa revisão da literatura existente na área da adesão ao tratamento, da evolução do conceito ao longo das últimas décadas, das diferentes concepções tendo em conta as diferentes teorias psicológicas e das estratégias para minimizar a não adesão ao tratamento.

Surge então a questão que está na origem da nossa investigação. Quais são as percepções dos profissionais de saúde, em contexto hospitalar acerca da adesão dos seus doentes aos tratamentos? E destes profissionais, aqueles que pelas suas características profissionais mais se relacionam com o doente e donde as questões da adesão são mais prementes, nomeadamente os médicos de medicina interna, os enfermeiros e os fisioterapeutas.

A segunda parte do estudo diz respeito ao aspecto metodológico da investigação. Pretendendo-se que seja um estudo exploratório e transversal, realizado em instituições hospitalares, procedeu-se à selecção dos participantes e à caracterização dos mesmos, seguida da definição das variáveis e no final a aplicação do instrumento de avaliação.

Durante a revisão da literatura não foi encontrado nenhum instrumento que pudesse servir os objectivos desta investigação, como tal, foi necessário construir um instrumento de avaliação. Este foi realizado tendo por base construtos teóricos sobre

adesão ao tratamento. Foram realizados todos os passos necessários à validação do instrumento e por fim aplicado aos profissionais de saúde.

Na terceira parte do estudo foram apresentados os resultados obtidos de acordo com os objectivos propostos, depois de devidamente analisados estatisticamente. A última parte é dedicada à discussão dos resultados.

O SURGIR DO CONCEITO DE ADESÃO

Hipócrates, um dos grandes impulsionadores da história da Medicina, defendia que os doentes deveriam ter informação no sentido de cumprir o regime médico estabelecido, porque segundo ele, na maioria das vezes, os doentes não diziam a verdade acerca dos seus sintomas (Turk & Meichenbaum, 1991).

Para Ribeiro (1998) antes do advento da medicina moderna, dentro do conceito da medicina convencional, onde os problemas infecciosos eram predominantes no seio do sistema de saúde, a especificidade dos cuidados de saúde cabiam quase exclusivamente ao médico. O modelo de relação médico - paciente baseava-se quase exclusivamente no cumprimento e obediência do doente aos conselhos médicos, a questão da adesão não era importante, nem tão pouco pertinente.

Com o desenvolvimento científico e com as várias revoluções científicas no seio da medicina e dos cuidados de saúde, que se fizeram sentir no último século nos países desenvolvidos, os problemas de saúde da população em geral alteraram-se, bem como o conceito de saúde e de cuidados de saúde sofreram alterações profundas.

Neste contexto, nos países civilizados deixou de haver índices de mortalidade elevados devido às doenças de origem infecciosa, para em poucos anos, a esperança de vida de cada indivíduo aumentar exponencialmente e as questões de saúde se alterem significativamente, com o aparecimento predominante de doenças crónicas, resultantes de comportamentos de vida pouco saudáveis que surgem em idades mais avançadas (ex. diabetes, hipertensão, doenças coronárias, doenças renais, etc...). Estas doenças caracterizam-se pela dificuldade em administrar tratamentos eficazes e de cura rápida, dando lugar à prescrições de tratamentos diversificados, com intervenção de vários profissionais de saúde, durante longos períodos de tempo e geralmente muito dispendiosos para os serviços de saúde (Ribeiro, 1998).

Surgem assim o aparecimento de muitas doenças crónicas associadas ao conceito biopsicosocial de doente crónico e às questões que caracterizam a gestão da doença crónica. O conceito de adesão aparece como uma consequência, neste nova conceptualização de saúde e de doença, e a adesão ao tratamento começa por ser de importância primordial para o controlo da doença. A magnitude do problema da adesão tem vindo a ser cada vez mais preocupante, estimando-se que entre 50 a 60 % dos doentes não aderem a programas de prevenção apropriados e consequentemente pioram o seu estado de saúde com implicações importantes não só para o seu estado de saúde, como também, para o sistema de saúde e para a própria sociedade (Turk & Meichenbaum, 1991).

Segundo Weinman e Petrie (1997) nos últimos 30 anos, são vários os investigadores que têm estudado o problema do não cumprimento dos doentes ao tratamento prescrito pelos profissionais de saúde chegando a resultados bastante desmoralizantes. As taxas de adesão ao tratamento são baixas, o não seguimento das recomendações dadas pelos profissionais de saúde torna-se um factor muito problemático especialmente nos doentes crónicos, como os asmáticos, os diabéticos, os cardíacos, os renais e os oncológicos.

Este aumento do número de casos de pessoas com doenças crónicas, resulta num aumento do número de consultas e prescrição de tratamentos que incluem, a toma dos medicamentos, o uso correcto dos mesmos, cumprimento de regimes dietéticos específicos, a realização adequada de vários tratamentos (fisioterapia, radioterapia, etc...), o aconselhamento e adaptação apropriada de comportamentos de saúde com mudanças de estilos de vida. Todos estes factores são a chave da autogestão das doenças crónicas (Weinman & Petrie, 1997).

Para os autores, todos estes factores têm a sua génese na relação que é estabelecida entre os doentes e os profissionais de saúde. Os parâmetros que vão suportar esta relação são muito importante na formulação do diagnóstico, na organização, na planificação dos cuidados prestados ao doente e na execução do plano de tratamentos.

O estabelecimento da comunicação que vai servir de veículo à informação entre doente e profissional de saúde, não é somente assegurada pelos doentes. Os problemas de comunicação que possam surgir durante esta relação também são da responsabilidade dos profissionais e das pessoas que estão mais próximas do doente e que exercem influência sobre ele. O tipo de informação que é transmitida mutuamente entre os vários profissionais de saúde, o doente e todas as pessoas que constituem o suporte informal do doente é determinante na informação que é veiculada, no tratamento planejado e no aconselhamento dado para cada indivíduo no contexto presente de doença (Weinman & Petrie, 1997).

Segundo os referidos autores, as questões da comunicação estabelecida entre o doente e os profissionais de saúde e a informação dada durante este espaço de inter-relação está estritamente associadas à satisfação ou não satisfação com os cuidados de saúde. As dificuldades que alguns doentes têm em entender a linguagem e conselhos dados pelos profissionais e a subsequentemente relutância ou incompetência em seguir o tratamento recomendado, são alguns dos problemas mais referenciados para o não cumprimento dos tratamentos e para o aumento da não adesão ao tratamento.

Muitos estudos têm sido desenvolvidos sobre o prisma das atitudes, crenças e comportamentos dos doentes perante os contextos de doença. No entanto é importante não esquecer que os profissionais, para além do seu papel centrado nas técnicas específicas, têm também atitudes, crenças e comportamentos que vão influenciar a conduta e o funcionamento da relação estabelecida e que poderão ser determinantes para o sucesso dos tratamentos recomendados (Weinman & Petrie, 1997).

Ainda segundo o mesmo autor, a variabilidade das atitudes e crenças dos profissionais, reflectem diferenças na relação estabelecida (profissionais - doentes), influenciando os vários aspectos do comportamento dos profissionais, que por sua vez, vão determinando os comportamentos que os doentes vão adquirir durante o tratamento e prevenção da sua doença. Neste contexto, a decisão de partilhar os problemas clínicos, as possíveis estratégias de tratamento e a implementação do

programa de tratamento em que o doente participa activamente são determinantes para a adesão ao tratamento.

Nos cuidados de saúde têm sido incentivadas muitas alterações, no sentido de centrar os cuidados prestados ao doente não só no tratamento prescrito em situação de doença, como também no aconselhamento e promoção de alterações do estilo de vida e promoção de programas de estilos de vida saudáveis, designadamente, programas de reabilitação cardíaca, alterações nos comportamentos alimentares, redução no consumo de álcool e tabaco, promoção do exercício físico entre outros. A importância crescente deste tema remonta à focagem da natureza conceptual do termo adesão e à evolução das várias concepções ao longo dos últimos anos no sentido de estabelecer um conjunto de atitudes que favorecem a adesão dos doentes aos tratamentos, bem como, às causas que podem influenciar a não adesão e intervenção específica para reduzir os índices de não adesão (Weinman & Petrie, 1997).

Conceptualizações da Adesão

Haynes e col.(1976) realizaram vários estudos sobre o cumprimento da prescrição médica pelos doentes e começam por definir o termo como *compliance*. Nesta definição o contexto de cumprimento da prescrição é extensivo aos doentes que são obedientes e seguem fielmente os conselhos dos profissionais de saúde, instruções, prescrições e proscricções, em que o doente tem um papel passivo. O termo *não compliance* remete para as atitudes dos doentes que não seguem os conselhos e as prescrições dos profissionais de saúde e em que o seu não cumprimento, resulta de uma falta da exclusiva responsabilidade do doente (Meichenbaum & Turk, 1991).

A primeira definição de adesão, com uma conceptualização relativamente simples, define adesão como, a extensão com que os comportamentos dos doentes coincidem com as prescrições clínicas (Sackett & Haynes, 1979). Este conceito é relativamente rígido, não possibilitando a definição de não adesão (Weinman & Petrie, 1997).

Gordis (1979) define não adesão como o ponto abaixo do desejável de cumprimento da terapêutica para que haja sucesso nos tratamentos, resultando uma variação significativa, no sentido de melhorar os resultados clínicos, as queixas do doente e o estado geral do doente (Weinman & Petrie, 1997).

DiMatteo e DiNicole (1982) falam da analogia entre os termos adesão e cumprimento da prescrição médica. Para os autores são termos que se distinguem conforme o comportamento que os doentes têm relativamente às recomendações dos tratamentos administrados pelos profissionais de saúde. Segundo os autores, a adesão é um termo mais satisfatório, do que o cumprimento, que sugere da parte dos profissionais de saúde, o uso de autoridade em que o outro terá que obedecer. Os doentes aderentes são activos e concordam com o plano de tratamento, aceitando a importância e a necessidade das especiais recomendações do tratamento (Ogden, 1999).

Entre 1979 e 1985 foram realizados muitos estudos a nível clínico e académico sobre o tema do cumprimento dos programas de tratamento, considerando-se as recomendações dos técnicos de saúde essenciais para a recuperação do doente. Estima-se que foram publicados cerca de 3200 artigos em língua inglesa sobre este tema durante o período de tempo referido (Ogden, 1999).

Baumann et col., 1989; Meyer, Leventhal e Guttman, (1985), defendem que o comportamento dos não aderentes pode ser categorizado em activo e passivo. Os não aderentes activos são os doentes que decidem não seguir as instruções de tratamento que lhe foram dadas. O exemplo desta conduta acontece com muita frequência nos doentes hipertensos que, por não terem sintomas, não aderem a um conjunto de procedimentos e somente na presença de sintomatologia se podem registar níveis satisfatórios de adesão. Os não aderentes passivos são aqueles que por incapacidade, que poderá ter varias origens, não seguem o regime de tratamento específico. Um exemplo desta situação são as dificuldades económicas que podem existir, impossibilitando a aquisição de meios para realizar o regime de tratamento (Weinman & Petrie, 1997).

Para vários autores os comportamentos de não adesão activa foram especialmente notados nos grupos de indivíduos com doença crónica, nomeadamente: a asma (Becker, Radius & Rosenstock, 1978; Woller et al, 1993), a artrite reumatóide (Lorish, Richards & Brow, 1990), a epilepsia (Conrad, 1985) a hipertensão (Morgan & Watkins, 1988). Os comportamentos de não adesão exercem particular influência na percepção que os doentes tem dos seus problemas, assim como os seus níveis de satisfação com os profissionais de saúde durante a sua inter-relação (Weinman & Petrie, 1997).

Kristeller e Rodin (1984) propõem uma conceptualização numa perspectiva de desenvolvimento, considerando que há três estádios a considerar no processo de participação das pessoas nos cuidados que devem ter consigo próprio.

- Estádio 1- Concordância (*compliance*), refere-se à primeira fase em que o doente concorda em seguir as prescrições médicas,

- Estádio 2- Adesão (*adherence*), refere-se à fase em que o doente continua o tratamento limitando-se a uma pequena vigilância,
- Estádio 3- Manutenção (*maintenance*), refere-se à fase em que o cliente continua a implementar o tratamento sem vigilância, responsabilizando-se pelas alterações do seu estilo de vida.

A evolução dos estádios realiza-se através do controlo que cada pessoa tem sobre o tratamento, começando com o controlo dos técnicos de saúde até à total autonomia do indivíduo (Ribeiro, 1998).

Stanton (1987) desenvolve o modelo da adesão “*adherence*”, alterando a terminologia de “*compliance*” ilustrando assim o afastamento da concepção de cumprimento da prescrição associada ao papel tradicional do médico como especialista que dá conselhos a um doente com atitude passiva. O modelo de adesão propõem que a comunicação do técnico de saúde e o doente, resulta de um aumento do conhecimento do doente e da sua satisfação, bem como sugere que as crenças dos doentes são importantes e destaca o locus de controlo do doente e o apoio social percebido como factores determinantes para o aumento da adesão (Ogden, 1999).

Glasgow et col.(1987), preconizam que muitos doentes particularmente aqueles que sofrem de doenças crónicas, são solicitados a aderir a variadas recomendações por vários profissionais de saúde, implicando que os resultados satisfatórios não se limitam somente à prescrição médica mas a um conjunto de factores que vão alterar significativamente o quotidiano dos doentes e que são, no seu conjunto, determinantes para o sucesso dos tratamentos. O exemplo são os doentes diabéticos, em que para além da toma da medicação, é necessário o controlo da dieta, exercício físico, controlo da glicémia e exames gerais periódicos (Weinman & Petrie, 1997).

Leventhal e Cameron (1987) defendem a perspectiva da auto – regulação que preconiza o nível de adesão aos tratamentos pode ser indicador das estratégias de *coping* resultantes quando os doentes tomam consciência dos seus verdadeiros

problemas. Estes autores referem também que os estudos acerca da adesão têm sido apoiados em cinco orientações teóricas principais, são elas:

- O modelo biomédico;
- Teoria da aprendizagem social;
- Abordagem comunicacional;
- Teoria da crença racional;
- Teoria dos sistemas (Ribeiro,1989).

Ley (1989) desenvolveu o modelo da hipótese cognitiva para a adesão, defendendo que a satisfação do doente em relação à consulta com a compreensão da informação dada e a capacidade de recordar esta informação era determinante para a adesão dos doentes ao tratamento. Os não aderentes passivos, são normalmente indivíduos que têm intenção de seguir as indicações do tratamento, mas têm outros impedimentos que dificultam a adesão, nomeadamente problemas de esquecimento ou de incompetência para realizar os procedimentos e indicações do tratamento, ou ainda dificuldade em entender os seus problemas físicos. Neste caso a qualidade de comunicação é pobre e os doentes não conseguem entender as informações dadas. Este modelo baseado na comunicação entre médico-doente, pode ser entendido no contexto do modelo educacional que implica a transferência de conhecimentos médicos de um especialista para um leigo.

Para Meichenbaum e Turk (1991) o termo adesão implica colaboração voluntária e envolvimento do doente no tratamento, numa reciprocidade aceitável, no decorrer do planeamento do tratamento, na sua implementação, na prevenção da doença e na procura recíproca de resultados terapêuticos. Estes autores defendem a importância da personalidade dos indivíduos e a motivação no sentido de adquirir comportamentos que visam a adesão ao regime de tratamentos.

Para estes autores existem cinco factores determinantes para a adesão ao regime de tratamentos:

- Características individuais dos doentes;
- As características da doença;
- As características do regime de tratamento;
- A natureza da relação entre os profissionais de saúde e o doente;
- As características do sistema de cuidados de saúde.

Avaliação da Adesão

Em sequência das conceptualizações dos diferentes pontos de vista do conceito de adesão, surge a questão de como é que esta se mede.

Segundo Turk e Meichenbaum (1991), é importante saber quais são os critérios utilizados para determinar os resultados da adesão ao tratamento. Estes investigadores recomendam o uso de múltiplos indicadores de adesão (ex: auto-regulação do doente, contagem de comprimidos, medicação monitorizada, resultados clínicos). Todas estas medidas têm vantagens e desvantagens, não existindo métodos eficazes para avaliar os níveis de adesão com precisão, sistematização e simplificação, no entanto estes poderão ser os indicadores possíveis para uma avaliação da adesão ao tratamento.

1. Auto suficiência dos doentes.: Este método poderá ser utilizado através da pergunta directa ao doente no sentido da toma da medicação e da lembrança em relação à frequência, duração e número específico de comportamentos que deveria ter realizado (ex: prática de exercício físico, exercícios de relaxamento, etc...).

A desvantagem deste método é a eventual subjectividade das respostas dos doentes, podendo estas ser imprecisas, recorrendo a respostas baseadas em comportamentos socialmente aceites.

Apesar das limitações da auto suficiência este método tem vantagens. É um processo fácil e tranquilo de implementar, envolve o doente no sentido do encorajamento para a discussão das dificuldades da adesão e estreitando ao mesmo tempo, as relações entre os doentes e os profissionais de saúde, no sentido de promover o diálogo e a confiança de ambos.

2. Contagem de comprimidos. É o método mais utilizado e comum na medida de adesão. Neste caso o profissional de saúde pode contar os comprimidos antes de dar ao doente e depois voltar a contar, quando do seu retorno, verificando a quantidade de comprimidos que foram tomados durante um determinado espaço de tempo, avaliando assim os níveis de adesão.

Este processo tem como desvantagem o facto de não ser garantia de adesão porque tal como o processo anterior, pode haver falsas verdades, sendo os comprimidos extraviados e não tomados, ou ainda as dosagens poderão ser utilizadas inapropriadamente.

As vantagens residem no maior controlo por parte dos profissionais de saúde, especialmente em doentes internados em que o profissional poderá estar presente em todas as tomas da medicação ou nos procedimentos prescritos.

3. Processo fisiológicos e bioquímicos monitorizados. Este procedimento também é utilizado na avaliação da adesão do doente à medicação. É realizado através da utilização de avaliações por aparelhos mecânicos, estes não são discriminativos em relação ao doente e detectam a realidade através de análise de resultados. Nos últimos anos com o desenvolvimento dos componentes de alta tecnologia utilizados no sistema de saúde poder-se-á avaliar com precisão as várias condições do estado físico do indivíduo num determinado momento. Os estudos bioquímicos poderão ser realizados através das análises do metabolismo da sangue, urina e outros componentes orgânicos que poderão determinar a existência de produtos químicos no organismo e a sua percentagem num determinado momento e detectado assim a adesão do doente ao tratamento.

Este processo tem vantagens no sentido de determinar objectivamente se o doente aderiu à medicação e a forma como foram administradas as dosagens nos últimos dias antes das análises, através dos metabolismos químicos encontrados, bem como, através de outros mecanismos, determinar o tipo de dieta alimentar realizada

pelo doente nos últimos dias, ou testar as performances físicas realizadas nos últimos tempos

Este processo tem algumas desvantagens:

- envolve grandes custos financeiros;
- é limitado à prática clínica;
- o metabolismo de duração dos componentes orgânicos é rápido, sendo só avaliada biomecanicamente as dosagens mais recentes, não permitindo medir a adesão ao longo do tempo;
- existem factores de variação individual ao nível da absorção, retenção e eliminação de componentes químicos, que poderão alterar a avaliação da adesão;
- estes componentes químicos combinados com outras medicações ou alguns alimentos podem alterar os resultados químicos;
- Só é determinada a dieta alimentar nos últimos dias;
- o simples acto de auto monitorização altera o comportamento do doente durante a sua realização, podendo este, perante a não monitorização não aderir do mesmo modo à prescrição;
- Todo o conjunto de comportamentos realizados foram efectuados nos últimos dias, não sendo por isso garantia de mudança comportamental e implementação da adesão continua ao tratamento.

4. Resultados clínicos: Os resultados clínicos que os doentes adquiriram são, em muitos casos, indicadores de cumprimento do plano de tratamentos, mas pode não haver relação entre os resultados analíticos e o cumprimento dos tratamentos e, neste caso, os resultados obtidos poderão não ser resultantes da adesão ao tratamento. Existem muitos factores que dificultam as conclusões acerca da adesão clínica em curso, como por exemplo, o curso dos resultados clínicos pode ser somente devido a uma alteração comportamental e as restantes medidas de adesão ao tratamento, poderão não ter sido incrementadas. Contudo poder-se-á dizer que quando o programa de tratamento oferece maiores ganhos e ao mesmo tempo, não provoca mal estar ao doente, a tendência é para haver maiores índices de adesão ao tratamento.

Alguns estudos realizados pelos autores, demonstram que o incremento da tolerância ao exercício físico é maior em doentes que sofreram enfarte do miocárdio, após estadia no hospital. O real benefício do exercício físico em reabilitação de doentes com enfarte do miocárdio, pode ser um factor relevante para alterar a tolerância ao exercício e melhorar os resultados clínicos. As vantagens são as melhorias percebidas pelos doentes do seu estado de saúde e o feedback que é dado pelos doentes aos profissionais de saúde acerca da melhoria dos sintomas. As desvantagens consistem nos resultados clínicos e poderão ser resultantes da implementação dum das estratégias do plano de tratamento e não na adesão a todo o plano de tratamento.

Para Weinman e Petrie (1997), as medidas de avaliação da adesão podem ser divididas em duas categorias de avaliação directa e indirecta:

- As medidas de avaliação directa são realizadas através da observação dos requisitos de comportamentos de adesão, como a ingestão dos medicamentos ou detectores da sua presença no organismo, através dos fluidos.
- As medidas indirectas podem ser baseadas na contagem das medicações ou através de análises, utilizando tecnologia avançada, indicadores se os doentes estão ou não a aderir ao tratamento.

O método directo, em que existe um observador a observar se o doente segue o regime terapêutico, é passível de não conseguir controlar todas as manobras deste, mesmo que o doente se encontre numa instituição hospitalar ou similar (ex: doentes deitam fora a medicação). No método indirecto, a tecnologia detecta a presença dos últimos dias, de substâncias medicamentosas, mas a adesão faz-se em tempo prolongado, não sendo possível o controlo apertado.

Segundo o autor, estas estratégias são muito débeis, tendo de ser revisto e possivelmente estruturados os métodos de avaliação directa e indirecta de adesão dos doentes ao tratamentos, pois aqueles que são utilizados são passíveis de não dar dados precisos e verdadeiramente mensuráveis da adesão dos doentes ao tratamento.

A Não Adesão ao Tratamento

Quando os doentes não adoptam comportamentos e tratamentos recomendados pelos profissionais de saúde, o resultado é sempre a não adesão, e esta questão é sem dúvida um problema do sistema de saúde (Taylor, 1995).

Existem muitos estudos realizados desde os anos 70, acerca da não adesão dos doentes ao tratamento, nomeadamente em estimativas percentuais realizadas especialmente nos EUA e no Reino Unido nas quais os investigadores analisam em vários tipos de programas de tratamento, as percentagens de doentes que aderem aos tratamentos. Alguns destes estudos são referidos em seguida.

Bovd, et al (1974) realizaram um estudo com 134 doentes hospitalizados, verificaram que cerca de 18% de 134 doentes que estavam no hospital, não aderiam clinicamente à prescrição e 56% destes, utilizavam dosagens impróprias (Turk & Meichenbaum, 1991).

Buckaleu e Sallis (1986), estimaram que em cerca de 750 milhões de prescrições realizadas nos EUA e Inglaterra os doentes não eram aderentes, tendo 250 milhões de novos casos de parcial ou total não adesão (Turk & Meichenbaum, 1991).

Matter et al (1978) realizaram um estudo em crianças com diagnóstico de otite média, concluíram que cerca de 5 em 10 pais de crianças com otite média aderiam inteiramente à prescrição nos 10 dias de antibiótico e as restantes 5 não realizavam o tratamento com antibiótico convenientemente (Turk & Meichenbaum, 1991).

Nas doenças crónicas como a diabetes, existe um conjunto de requisitos que são intervenientes na inter-relação estabelecida entre o prescriptor dos tratamentos e o doente, sendo a negociação do regime de tratamentos uma baliza entre a total adesão

e o controlo da doença. Um bom controlo da diabetes previne as prováveis consequências de doença, como a retinopatia, doenças renais e dificuldades vasculares. Nos doentes hipertensos, estima-se que cerca de 50 % dos pacientes não aderiram aos aconselhamentos médicos, e as estatísticas indicam que a incidência de não aderentes poderá ser muito elevada. (Becker & Rosenstock, 1978).

Para Taylor (1995) a não adesão ao tratamento dependendo da doença e do tratamento recomendado estima que a não adesão aos tratamentos poderá ser entre 15% em estimativas mais baixas, e 93% nas estimativas mais altas. No regime de toma de antibióticos a estimativa é que um terço dos doentes não realiza o tratamento adequadamente. Segundo a autora, entre 50 a 60 % dos doentes não alteram os seus comportamentos de saúde.

Para a autora anterior a consequência da não adesão aos tratamentos e à prescrição médica, implica a exacerbação da doença e progressiva não reabilitação do indivíduo com consequências secundárias e a maior necessidade de recorrer à emergência médica, com a necessidade de maiores dosagens de medicamentos e de utilização de substâncias de maiores índices de toxicidade, potencializando efeitos secundários

Inicialmente foi considerado que os comportamentos de não adesão eram exclusivamente da responsabilidade do doente e das informações que este tinha acerca dos cuidados que deveria ter com a sua doença e à própria percepção da doença. Baseados nestes conceitos, muitos profissionais de saúde, providenciaram estratégias para minimizar as causas da não adesão à prescrição. Contudo estas estratégias não resultaram, pois existem outros factores que influenciam a adesão (Taylor, 1995).

Quando os factores associados ao doente não são suficientemente justificativos da não adesão, é necessário averiguar outros factores que poderão estar associados, tais como, as características da doença, as características do regime de tratamentos, os cuidados de saúde prestados, a natureza da relação entre os profissionais de saúde e o paciente e as características do sistema de cuidados de saúde.

Segundo Turk e Meichenbaum (1991), os factores que estão relacionados com a não adesão aos tratamentos, encontram-se divididos em quatro grupos principais:

Em relação ao paciente:

- Individuais;
- Tipo de gravidade do diagnóstico;
- Incapacidade sensorial;
- Dificuldade em entender o diálogo;
- Incompatibilidade ou conflito nas crenças de saúde;
- Incompatibilidades sociocultural e éticas acerca da doença e tratamento;
- Modelos implícitos de percepção das características da doença;
- Apatia e pessimismo;
- Dificuldade em reconhecer a necessidade de tomar a medicação;
- Passada ou presente história de não adesão ao regime de tratamentos;
- Não satisfação com os profissionais de saúde;
- Características de situações sociais;
- Défice de suporte social;
- Instabilidade familiar;
- Ambiente de comportamentos de não adesão;
- Défice de recursos.

Em relação à doença:

- Condições crónicas com dificuldade de definição sintomatológica;
- Estabilidade de sintomas;
- Características psicológicas de desordem relativa.

Em relação aos tratamentos:

- Complexidade do regime de tratamentos;
- Tratamentos de longa duração;
- Alteração de comportamentos devido a terceiros;
- Efeito de medicação e alteração de comportamentos na medicação;
- Gastos;
- Preparação e modo de administração dos medicamentos;
- Cor e tamanho do comprimido;
- Parâmetros inadequados.

Em relação ao sistema de saúde estabelecida:

- Ausência de cuidados continuados;
- Longos tempos de espera dos serviços;
- Longo tempo de espera entre dirigir-se aos serviços e a consulta;
- Longos períodos de espera pela consulta;
- Necessidade de coesão dos tratamentos no sistema;
- Má recuperação ou dificuldades em realizar os tratamentos;
- Supervisão inadequada pelos profissionais de saúde;
- Tratamentos muito dispendiosos.

Em relação às inter-relações entre profissionais de saúde - doentes - sistema de saúde:

- Comunicação inadequada ou inapropriada;
- Atitudes e comportamentos inadequados por parte dos profissionais de saúde;
- Não satisfação dos doentes;
- Supervisão inadequada.

Causas da Não Adesão ao Tratamento

O principal interesse de estudar a não adesão ao tratamento é determinar as suas causas, pois estas envolvem modificações e alterações na prescrição do regime de tratamento. Para Taylor (1995) uma das principais causas da não adesão em doentes mais pobres, é por exemplo, a possibilidade destas pessoas alterarem o regime de dosagem da medicação, com o objectivo de ter medicação durante um maior período de tempo e mesmo adquirir reserva do medicamento para outra episódios da doença, em caso de necessidade do indivíduo ou de um familiar.

Outra causa de não adesão é a falta de interesse ou confusão relativamente ao regime de tratamento. O não entendimento da dosagem pode levar algumas pessoas a não tomar a medicação com medida de subdosagens ou sobredosagem. Outro motivo de muitas pessoas deixarem de seguir o regime de tratamentos é porque este regime é desagradável e perturba a qualidade da sua vida quotidiana (Taylor, 1995).

Segundo Weinman e Petrie (1997) os factores causais que explicam a adesão ou não adesão dos doentes às prescrições dos tratamentos, tem vindo progressivamente a alterar-se nos últimos 20 a 30 anos. Segundo o autor têm-se estudados diferentes factores que poderão estar na origem da não adesão aos tratamentos; tais como, factores de ordem demográfica, diferentes personalidades, ou ainda características particulares do tratamento ou da doença. Nos mais recentes estudos, os factores cognitivos (particularidades dos doentes, crenças e atitudes), têm sido focados como potenciais modificadores.

Segundo os autores em 185 estudos realizados por vários investigadores não é clara a relação entre raça, idade, experiências educacionais, inteligência, estado civil, profissão, valores éticos e culturais, nos comportamentos de adesão. Contudo para este autor, é evidente que os comportamentos de adesão poderão ser explicados pelas características da personalidade. A não aderência está estritamente associada com aspectos cognitivos mais pobres, particularmente com a compreensão da informação transmitida durante a consulta. A muitos doentes falta o conhecimento básico acerca da medicação.

Segundo Ley (1981) a incrementação do papel da satisfação dos doentes é um mediador entre a informação e a adesão. Num inquérito realizado no Reino Unido acerca da satisfação dos doentes com a informação dada durante a consulta, sobre a toma da medicação, cerca de 70% responderam que necessitavam de mais informação. Na não satisfação, é atribuída responsabilidade particular à falta de informação, sendo considerado uma barreira importante para a não adesão aos tratamentos, bem como à falta de negociação dos técnicos de saúde com os doentes sobre os tratamentos, no sentido de os motivar para a adesão.

Os primeiros estudos de Ley (1988), foram realizados em doentes hospitalizados, aos quais os investigadores faziam várias visitas que permitiam esclarecer todas as dúvidas e informar com a máxima clarificação os objectivos dos tratamentos. Comparando este grupo com o grupo de controlo, no qual os doentes eram informados só numa primeira abordagem, acerca das questões relacionadas com a medicação e não eram sistematicamente esclarecidos nas suas dúvidas. Verificou-se que no primeiro grupo os doentes tinham uma maior satisfação com a comunicação que foi estabelecida, e índices de adesão ao tratamento bastante superiores.

Segundo o autor, o acesso dos doentes à informação poderá ser de várias formas, não só na relação de comunicação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente mas também, através de informação esclarecedora à família e amigos, e ainda através de grupos de ajuda mútua que pelas suas características (pessoas que tem os mesmos problemas de saúde) poderão ser uma ajuda preciosa, no sentido do ajustamento, a novos estilos de vida, com vantagens na adesão aos tratamentos.

Noutros modelos de cognição social, relacionados com a não adesão dos doentes aos tratamentos, poderão estar associados alguns tipos de cognições sociais que podem influenciar determinantemente todo o programa de adesão ao tratamento, explicados no Modelo de Crenças de Saúde e na Teoria do Comportamento Planeado (Weinman & Petrie, 1997).

Para os autores, no caso do Modelo de Crenças de Saúde, as crenças acerca do fracasso na realização dos tratamentos podem resultar de um aconselhamento

mais personalizado e cuidado, associando assim maiores índices de adesão, bem como a percepção dos benefícios e obstáculos em relação á implementação do programa de tratamento e que pode favorecer o diálogo entre o doente e os profissionais.

No entanto, os autores consideram que a Teoria do Comportamento Planeado, em que se relaciona os comportamentos significativos da família, amigos e profissionais de saúde (crenças normativas) envolvendo-os na implementação no plano de tratamento para o doente, pode ser um contributo importante na adesão das pessoas ao tratamento.

Outro modelo cognitivo utilizados para explicar a não adesão aos tratamentos é o Modelo de Auto – Regulação. Este modelo reconhece a importância da percepção dos sintomas, influenciando na representação da doença e nas respectivas estratégias de *coping* associadas à adesão ao tratamento. A percepção de doença pode estar associada com os comportamentos de adesão no que se refere ao uso de medicamentos. Estes incluem variações de comportamentos de auto - gestão no controlo da dieta e dos níveis de glicose no sangue, no caso dos diabéticos, bem como, nos programas de reabilitação e adopções de estilos de vida saudável nos doentes com predisposição para enfarte do miocárdio (Weinman & Petrie, 1997).

Em recentes estudos, Horne (1997) indica temas centrais para compreender os factores associados ás crenças acerca da medicina. Existem dois factores que descrevem as crenças das pessoas acerca da prescrição médica: a prescrição necessária para manter o estado de saúde e o interesse baseado nas crenças acerca da dependência nociva de tratamentos durante muito tempo, que podem causar outros problemas de saúde (Weinman & Petrie 1997).

Para Serafino (1990), a percentagem de adesão à toma da medicação em doenças agudas que implicam regimes de tratamentos de curta duração é de 78%, nas doenças crónicas em regimes de tratamento de longa duração a percentagem de adesão baixa drasticamente para cerca de 54%.O que determina a não adesão dos doentes ao tratamento são dois factores principais:

1-A falha da adesão ao tratamento ocorre devido à existência de vários tipos de aconselhamento médico em simultâneo. Ao mesmo tempo o doente não toma a medicação prescrita, não segue as recomendações dadas, pára ou reduz os exercícios de reabilitação, não segue ou altera o regime de dieta recomendada e não altera o estilo de vida para o qual foi aconselhado pelos profissionais de saúde.

2- As pessoas violam os vários aconselhamentos de diferentes maneiras: a falta da toma da medicação, por omissão das doses, mau uso dos medicamentos, a toma dos medicamentos em horas incorrectas.

As variações da adesão dependem do tipo de aconselhamento dado pelos profissionais de saúde, da duração do regime de tratamento e da perspectiva da prevenção ou cura da doença.

A adesão dos doentes às consultas periódicas ao médico ou a ida com maior periodicidade a tratamentos recomendados pelos profissionais de saúde é maior nos doentes com diagnóstico recente, do que nos doentes com diagnósticos realizados, há mais tempo, mais prolongados, bem como a adesão aos programas de estilos de vida saudáveis que pressupõem alterações aos seus hábitos quotidianos, como deixar de fumar ou alterar a dieta alimentar é geralmente muito variável e frequentemente longa (Serafino, 1990).

Modelos Teóricos de Adesão ao Tratamento

Modelo biomédico:

O modelo biomédico respondeu às grandes questões de saúde que surgiram no fim do sec .XIX até meados do sec. XX, através de um paradigma que ficou conhecido como teoria do germe, ou seja, em cada organismo patológico específico está associado uma patologia específica. Esta teoria permitiu um grande desenvolvimento científico e tecnológico da medicina no sentido de permitir a cura rápida das doenças agudas com o aparecimento das especialidades e subespecialidades médicas muito específicas. Este modelo foi e é eficaz, mas em grande parte das situações agudas, as taxas de morbidade da população aumentaram exponencialmente e a percentagem de pessoas com doenças crónicas aumenta nas mesmas proporções, surgindo assim novos paradigmas para os cuidados de saúde e para a medicina (Ribeiro, 1998).

Este modelo recebeu fortes influências dos pressupostos teóricos da Medicina, e foi o primeiro modelo a explicar a adesão dos doentes aos tratamentos. Neste caso a palavra adesão não era ainda utilizada, falando-se somente de cumprimento do tratamento. Este Modelo defendia como factor determinante para o cumprimento dos doentes do tratamento as características da sua personalidade, referindo que existem doentes com personalidades mais aderentes e outros menos aderentes. A responsabilidade de aderir ao tratamento é unicamente do doente e das suas características individuais, desresponsabilizando os profissionais de saúde do não cumprimento da prescrição (Serafino, 1990).

O tipo de intervenção privilegiada por este modelo inclui uma comunicação entre o médico e o doente de tipo unilateral, em que o médico surge como detentor de um conjunto de saberes relacionados com a saúde, transmitindo-os ao sujeito que adopta uma atitude passiva de receptor de informação. O médico aconselha o paciente a adquirir e a mudar comportamentos, partindo do pressuposto de que a

informação é condição suficiente para o desenvolvimento de comportamentos de adesão (Serafino, 1990).

Modelo da hipótese cognitiva:

Este modelo foi desenvolvido por Ley (1981), defendendo que a promoção da adesão dos doentes ao tratamento, pode ser feita através da satisfação dos doentes em relação à consulta, podem resultar sobretudo da estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde para fornecer a informação aos doentes, de modo que esta informação seja percebida e recordada correctamente pelos doentes ao longo do tempo.

Alguns estudos realizados por Ley (1988) concluíram que os níveis de satisfação do doente podem resultar de vários componentes da consulta, em particular, dos aspectos afectivos, como por exemplo, a compreensão, e dos aspectos comportamentais, como por exemplo, as explicações adequadas, e dos aspectos associados à competência dos técnicos de saúde, como por exemplo, o encaminhamento adequado.

Segundo o mesmo autor, a compreensão por parte do doente do conteúdo da consulta também é importante para a adesão dos doentes ao tratamento. É necessário que o doente compreenda os conselhos dados pelo médico no sentido destes seguirem o programa de tratamento específico, sendo indispensável que os doentes percebam as causas da doença, a localização correcta do órgão afectado, bem como, todo o processo de tratamento.

Para este investigador a questão da memória dos doentes relativamente à informação dada durante a consulta é influenciada por muitos factores. Segundo Ley, (1988) a ansiedade, os conhecimentos médicos, o nível intelectual dos doentes, a importância das afirmações feita pelo médico, os efeitos de primazia e o número de afirmações do médico, são factores que poderão aumentar a capacidade de recordação do doente em relação à consulta. Esta capacidade de memória da

informação transmitida durante a consulta é muito importante para a adesão ao tratamento

Ley (1989) defende a necessidade de otimizar a comunicação e dessa forma melhorar a adesão.

Para este autor um dos meios de melhorar a adesão é aperfeiçoar o conteúdo da comunicação oral, através dos seguintes passos:

- Efeito de primazia da informação;
- Explicar a importância da adesão;
- Simplificar as informações;
- Usar a repetição;
- Usar clareza;
- Seguir a consulta com entrevista adicional.

Também a informação escrita poderá ser um meio de auxílio para a adesão

Segundo Ogden (1999) a teoria de Ley sobre a comunicação (médico doente) pode ser entendida no contexto de um modelo educacional que pressupõe o papel do médico ou do técnico de saúde como educador com conhecimentos especializados que vai transmitir a outro indivíduo (doente) sem conhecimentos.

Modelo de representação da doença

Este Modelo de Auto-Regulação do comportamento foi desenvolvido por Leventhal e Cameron (1987), baseando-se em modelos de resolução de problemas.

Segundo os autores quando um indivíduo se depara com um dado problema, ou mudança do seu estado de equilíbrio habitual, ele vai desencadear uma reacção de motivação no sentido de restabelecer o seu estado de homeostasia. Perante uma situação de mal estar físico ou mesmo de sintomas de doença, o indivíduo irá

desencadear uma reacção de motivação no sentido de restabelecer o seu estado de bem estar anterior.

Quando existe um problema de saúde, o indivíduo tende a resolver o problema em três fases distintas:

A-Interpretação: o indivíduo confronta-se com o problema de uma doença através de dois modos; a percepção dos sintomas e as mensagens sociais.

A partir do momento em que a pessoa recebe informações àcerca da sua doença desencadeia um conjunto de reacções de motivação no sentido de restabelecer o equilíbrio, através das representações cognitivas do problema e de mudanças no estado emocional.

A partir deste momento o indivíduo irá construir um conjunto de representações no sentido de identificar as causas, as consequências, as dimensões temporais, a cura e o controlo sobre a doença. Desenvolvendo consequentemente estratégias de adaptação, *Coping*, tanto a nível das cognições da doença, como a nível emocional.

B-Coping: o desenvolvimento e identificação das estratégias de *Coping* pode ser realizado segundo dois modos diferentes, ou *coping* de aproximação (ex: ir ao médico, tomar a medicação), ou *coping* de evitamento (ex: negação).

C-Ponderação: nesta fase o indivíduo tende a avaliar a eficácia da estratégia de *coping* que adaptou e a resolução de continuar com a mesma estratégia ou alterar para outra que favoreça o restabelecimento do equilíbrio.

Ainda segundo os autores, a interacção entre estados emocionais e cognições de doença pode referir-se a vários níveis:

- Um efeito indirecto, influência no processo de doença existente.
- Aumento de dificuldade de auto diagnóstico e consequentes comportamentos de procura de cuidados, através da associação de sintomas emocionais aos sintomas físicos da doença.

- Atenção para a interpretação das representações de estado somáticos, de modo que sejam percebidos quer como acontecimentos catastróficos, quer benéficos.
- Influência sobre as decisões comportamentais existente, em resposta a alterações somáticas (Leventhal et al 1992)

Nesta abordagem, os sujeitos constroem cognições de doença (ex: em relação às causas e duração da doença) que influenciam determinantemente a sua adesão ao tratamento. Determinados sintomas, intervenientes na interpretação, no desempenho e na avaliação dos processos de auto-regulação que são responsáveis pelas representações que o sujeito possui em relação a essa doença, vão influenciar as estratégias de *coping* adoptadas pelo sujeito na qual adesão ao tratamento é um factor interveniente (Leventhal et al, 1992).

Este modelo também estuda as reacções emocionais que surgem durante o episódio de ameaça, bem como a descrição dos mecanismos de confronto com as emoções e os critérios utilizados para a sua avaliação (Leventhal, et al, 1992).

Modelo de crenças de saúde

Este modelo foi inicialmente desenvolvido por Rosenstock (1966) e posteriormente por Becker (1975) de modo a ser possível prever vantagens nos comportamentos ligados à saúde que previnem as doenças, na prevenção das doenças oncológicas, no cumprimento dos regimes terapêuticos e nas respostas comportamentais aos tratamentos (Pitts & Philips,1998).

Segundo Sheeran e Abraltom (1996) este modelo está focalizado em dois aspectos das representações individuais de saúde e comportamentos de saúde: a percepção de ameaça e a percepção de avaliação de comportamentos.

- A percepção da ameaça está relacionada com duas crenças; a percepção de susceptibilidade face à doença e a percepção da gravidade da doença.

- A percepção de avaliação de comportamentos está relacionada com as crenças dos benefícios envolvidos na realização de comportamentos de prevenção e os custos ou barreiras que envolvem a realização de comportamentos de prevenção
- Os mecanismos que estão na origem do desenvolvimento da acção podem ser internos (ex. sintomas da doença) ou externos (ex: folhetos de informação) (Conner & Normar, 1996).

Nesta teoria a implementação de comportamentos de saúde é determinada pela percepção que o indivíduo tem da probabilidade de ter uma doença particular e pela percepção de adoecer. Face a uma percepção de ameaça de doença o indivíduo avalia as suas acções em termos de benefícios e barreiras existentes para implementar determinados comportamentos de saúde (Ribeiro, 1998).

Janz e Becker (1984) realizaram um estudo em que utilizaram o modelo de crenças de saúde e concluíram que os factores que melhor predizem os comportamentos de saúde são as barreiras percebidas e a susceptibilidade percebida em relação à doença.

Também em estudos realizados por Becker e Rosenstock (1984) numa revisão de 19 estudos com uma meta- análise, utilizando o modelo de crenças de saúde para prever a colaboração dos utentes no regime de tratamento, concluíram que os factores que melhor predizem os comportamentos de saúde são os custos e as barreiras, bem como a gravidade percebida (Brannon & Feist, 1992).

Segundo Brannon e Feist (1992), quando os pacientes acreditam que a adesão às recomendações médicas irá resultar em benefícios para a saúde, as probabilidades de aderirem ao plano de tratamentos são mais elevadas.

Para Serafino (1990) a crença da gravidade refere-se à avaliação que o sujeito faz, acerca da gravidade das consequências, a nível físico ou psicológico de determinada doença. Quanto mais o sujeito acreditar na gravidade da doença, maior probabilidade tem de realizar comportamentos preventivos e aderir ao tratamento.

Ainda segundo o mesmo autor, a crença da vulnerabilidade relaciona-se com a avaliação da probabilidade de desenvolver determinada doença ou agravar o estado de doença. As pessoas que acreditam ser mais vulneráveis realizam mais comportamentos de adesão

A crença nos benefícios e custos implica a percepção das vantagens e desvantagens para o sujeito de aderir a determinado comportamento de saúde, ou prevenção de exacerbação da doença.

O modelo propõe “ estímulos para a acção “, ou seja é necessário alertar ou relembrar as pessoas sobre os potenciais problemas e a importância de aderir ao programa de tratamentos. Estes estímulos podem ser internos, que no caso da adesão ao tratamento a percepção do seu estado de saúde poderá ser um factor determinante para a adesão e nos estímulos externos a informação dada através dos órgãos de comunicação é um factor importante para adesão (Serafino, 1990).

Modelo da motivação para a protecção

Este modelo foi desenvolvido por Rogers (1975) baseando-se no modelo de crenças de saúde com inclusão de factores adicionais . Esta teoria defende que a gravidade, a vulnerabilidade e o medo estão relacionados com a avaliação da ameaça, e que a eficácia de respostas e a auto- eficácia estão relacionadas com a autoavaliação das estratégias de *coping* (avaliação das suas próprias capacidades para lidar com a doença).

Segundo esta teoria existem duas fontes de informação, uma externa ou ambiental e outra interna ou interpessoal que são influenciadas por cinco componentes (auto-eficácia, eficácia da resposta, gravidade, vulnerabilidade e medo), que vão suscitar uma resposta adaptativa de *coping* ou uma resposta não adaptativa de *coping*.

Modelo de auto-eficácia

Este modelo foi desenvolvido por Albert Bandura (1975) introduzindo a concepção da percepção de auto-eficácia no contexto dos comportamentos cognitivos. Segundo o autor a eficácia individual das pessoas, ou seja, a percepção do controlo pessoal, relativamente ao bem estar de saúde está associada à realização da integração social (Conner & Norman, 1996).

Bandura (1977, 1986) desenvolveu vários estudos nos quais concluiu que, as expectativas de auto-eficácia são os juízos individuais que cada pessoa faz, sobre a capacidade pessoal que cada sujeito tem, para executar determinada acção. Assim, quanto mais elevado for a expectativa de auto-eficácia, maior será o esforço e a persistência do sujeito face a determinado objectivo (Demarbr, 1994).

Segundo o autor, as expectativas de auto-eficácia são cognições específicas que se formam e se relacionam, constantemente, a partir do processamento e integração de informação de diversa natureza, não podendo por isso ser consideradas como variáveis estáveis e globais. Os indivíduos com elevadas expectativas de auto-eficácia tendem a visualizar situações de sucesso que conduzem a resultados favoráveis e o contrário verifica-se igualmente.

Para Demarbre (1994) sujeitos com expectativas de auto-eficácia mais elevada tenderiam a ter uma atitude mais positiva, esforçando-se mais e com maior persistência, para melhorar a sua saúde. Por outro lado os sujeitos com baixa expectativa de auto-eficácia desanimam mais facilmente quando não se verifica uma rápida melhoria do seu estado de saúde.

Segundo Demarbre (1994) nos comportamentos de adesão esta teoria tem tido grande aplicabilidade em várias áreas. Em estudos realizados com comportamentos sexuais de risco foi utilizado este modelo, bem como na adesão à prática de exercício físico, na adopção de regimes dietéticos e em rastreios de cancro da mama através do auto exame da mama.

Modelo do comportamento planeado:

A Teoria do Comportamento Planeado foi desenvolvida por Ajzen (1985) e Ajzen e Madden (1986), enfatiza o papel das crenças sociais, através de normas subjectivas (as crenças individuais sobre o mundo social), estudando as crenças e a avaliação dessas crenças. Esta teoria contextualiza o indivíduo no meio social, relacionando-o com os seus valores sociais (Ogden, 1999).

Para Ajzen e Medden (1986), esta teoria defende as intenções do comportamento resultantes da combinação de várias crenças. A intenção é resultante de planos de acção para atingir objectivos comportamentais, e estes resultam das seguintes acções:

- Avaliação dos comportamentos, ou seja, avaliar se um comportamento é positivo ou negativo, relacionado com as crenças desse comportamento.
- Normas e pressões sociais que um indivíduo percepção para adquirir determinado comportamento, bem como a avaliação individual da motivação para adoptar um comportamento.
- Crenças de que um indivíduo consegue manter um determinado comportamento, baseado em factores internos e externos de controlo.

Estes três factores permitem prever o comportamento que determinado indivíduo deverá realizar, bem como, o controlo do comportamento percebido tem efeito directo no comportamento (Ogden, 1999).

Modelos Comportamentais dos Profissionais de Saúde

Marteau e Johnston (1990) estudaram muitos aspectos do comportamento entre profissionais de saúde e doentes, incluindo os comportamentos e crenças de todos os profissionais que estão relacionados com a saúde (médicos, enfermeiros, terapeutas, administrativos, secretários, administradores hospitalares e membros políticos relacionados com estas questões) e em que medida estes comportamentos e crenças podem influenciar os resultados da saúde e da doença.

As autoras defendem a importância dos comportamentos e crenças dos legisladores, políticos e administradores face às questões relacionadas com as concepções de saúde, de doença e organização do sistema de saúde no sentido de poderem influenciar decisivamente as directrizes da investigação, da aplicação e utilização de determinados tratamentos no sistema de saúde e respectiva capitalização de fundos públicos.

Alguns modelos psicológicos estudaram o comportamento dos profissionais de saúde, nos cuidados directos com o doente. Para (Marteau & Johnston, 1990) a relação que é estabelecida entre os profissionais e os doentes, pode ser abordada de várias perspectivas:

- A relação de algumas diferenças na aproximação a determinados casos clínicos poderão não ser inteiramente abordadas somente pelos saberes médicos.
- Os comportamentos dos profissionais de saúde são influenciados pelas crenças, atitudes e intenções, estudados em vários modelos de psicologia e que vão influenciar e prever a relação dos cuidados de saúde com os comportamentos dos doentes.

- Implicações efectivas entre os cuidados de saúde e o comportamento dos profissionais de saúde, necessárias para a intervenção nos doentes.

Segundo Marteau e Johnston (1990) o comportamento dos profissionais de saúde é estruturado segundo o modelo do saber científico, que é evidenciado em todos os aspectos da aplicação prática, contido no sistema de saúde ao qual estão contextualizados, influenciando determinantemente as práticas clínicas, a avaliação, o diagnóstico e o programa de tratamentos.

Contudo, segundo as autoras, as práticas realizadas por diferentes profissionais pressupõem abordagens diferentes no contexto dos saberes dos diferentes profissionais de saúde. Comparando a avaliação da incapacidade de alguns doentes, realizada por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e enfermeiros de reabilitação, verifica-se que os fisioterapeutas realizam os tratamentos mediante uma avaliação sistemática em comparação com os outros profissionais, projectando assim diferentes reflexões e conseqüentemente, diferentes planos de tratamento dos doentes.

Também entre especialidades médicas verifica-se que os pediatras e os médicos de medicina interna, diferem nas intervenções de tratamento, nomeadamente no uso de antibiótico, em crianças com infecções na garganta. Em crianças diabéticas, a percepção dos médicos pediatras é significativamente diferente da dos médicos de medicina interna em relação à gestão da doença (Marteau & Baum, 1984 ; Marteau & Kinmonth, 1988). Em estudos realizados sobre as percentagens de cirurgias realizadas, verifica-se que existem diferenças regionais e nacionais, por exemplo, num estudo feito em pequenas regiões da Nova Inglaterra, verifica-se que algumas tinham o quádruplo das histerectomias e prostatectomias relativamente a outras (Marteau & Johnston, 1990).

Para as mesmas autoras existem quatro modelos distintos do comportamento dos profissionais de saúde, são eles:

Modelo Educacional

Este modelo baseia-se em três níveis:

- Saberes médicos aplicados com rigor científico e o estudo das doenças resultantes desse rigor focalizado no objecto do estudo, libertando da carga histórica, cultural e social.
- As crenças de saúde e doença são muitas vezes incompatíveis com os saberes médicos.
- Os comportamentos de saúde são determinantes para os saberes médicos (Marteau & Jonhston, 1990).

Normalmente os doentes apresentam um conjunto de sintomas, que poderão ser semelhantes à sintomatologia descrita em determinadas doenças. O médico prescreve o tratamento baseado na crença acerca da natureza dos sintomas.

Os profissionais de saúde utilizam grande parte do tempo que estão com os doentes na descrição dos sintomas e a sua acção é baseada nas crenças que eles têm acerca das sintomas do doente, baseadas no estudo científico, na necessidade de intervenção e nas estratégias consensuais que eles acreditam ser indicadas naquele caso específico (Marteau & Jonhston, 1990).

O comportamento dos profissionais de saúde é contextualizado na cognição dos saberes, e algumas das crenças destes profissionais podem ser consideradas saberes. Para os psicólogos as crenças não são consideradas saberes, mas sim crenças de saberes em relação ao comportamento aplicado por estes profissionais no contexto de cuidados de saúde (Marteau & Johnston, 1999).

Para Ogden (1999) o modelo educacional baseia-se na transferencia de conhecimentos médicos de um especialista para um leigo e está próxima da teoria de Ley sobre a comunicação médico-doente. Esta perspectiva analisa a relação do profissional de saúde e doente numa abordagem de formação e treino de perícias, tendo por base do processo de comunicação o conhecimento dos técnicos de saúde.

Modelo cognitivo

Segundo Marteau e Johnston (1990) a decisão do fazer clínico é particular dos (problemas- resolução) e governada pelos princípios da formulação do pensamento. Este modelo prediz muitas formulações de hipóteses adequadas aos testes de hipóteses.

O diagnóstico clínico (problema- resolução) é aplicado mediante observação directa do clínico conjuntamente com o seu comportamento, com retrospectiva e cálculo de determinados processos utilizados para resolver problemas semelhantes. O problema do diagnóstico é baseado na formulação de algumas possibilidades de solução dos problemas, em diferentes perspectivas. A informação clínica é uma parte do trabalho sistemático para suportar as hipóteses, bem como a omissão dos processo psicossociais que podem enviesar os diagnósticos.

A formulação básica de hipóteses é realizada e interpretada transversalmente àquela data e as resoluções de tratamento são dirigidas, mediante a avaliação da situação, num determinado momento. Marteau e Baum (1989) estudaram as diferenças entre dois grupos de médicos, pediatras e médicos de medicina interna em relação às suas crenças sobre a diabetes. Os médicos internistas estimaram mais 7 a 8 complicações da diabetes que os pediatras. Os autores sugerem que estas diferenças devem-se ao facto dos médicos de medicina interna terem mais casos de doentes com diabetes em todas as idades e por isso, mais exemplos de complicações que os pediatras (Marteau e Johnston, 1990).

Segundo as autoras, recentemente, tem sido questionada a validade do modelo hipotético- dedutivo associado ao binómio (problema – resolução), argumentando que é muito evidente a negociação entre (problema – resolução), podendo por isso, dar origens a más interpretações. Por outro lado, este modelo não explora algumas distorções cognitivas que poderão ocorrer num determinado momento, ou seja, no momento em que se faz o diagnóstico e o respectivo programa de tratamentos. Por fim, as pessoas quando confrontadas com os julgamentos condicionados e centralizados em diversas situações clínicas com determinadas características, podem usar estratégias tendenciosas.

Neste contexto, as pessoas com doença poderão ser influenciadas para determinadas crenças acerca da sua doença, nomeadamente pelas crenças dos profissionais de saúde.

Teoria da atribuição

Esta teoria desenvolvida por Zuckerman (1979) consiste na explicação aos doentes das estratégias a utilizar no sentido do sucesso do tratamento. É baseada na evidência e na explicação do sucesso do mesmo, de forma a preponderar a atribuição positiva relativamente ao esforço e atribuir aspectos negativos para as faltas (Marteau & Johnston, 1990).

Gamsu e Bradley (1987), compararam dois grupos de doentes diabéticos, um com resultados positivos, outro com resultados negativos, em torno do sucesso do tratamento. Verificou-se que os doentes com resultados positivos tinham tido mais controlo médico do que os negativos (Marteau & Johnston, 1990).

As autoras sugerem duas dimensões necessárias na atribuição da teoria:

- Locus de controlo
- Estabilidade

Esta teoria da atribuição prediz comportamentos relacionados com dependências dos doentes em relação aos profissionais de saúde. Estes comportamentos estão normalmente relacionados com falta de habilidade ou de esforço por parte do doente, para o cumprimento dos tratamentos.

Modelo da utilidade esperada subjectiva

Para Marteau e Johnston (1990) quando o diagnóstico é formulado num determinado momento e a situação contextualizada em relação ao doente, à doença e à situação dos cuidados de saúde, este processo pode ser subjectivo e distorcido por processos cognitivos, e transmitido aos doentes através da informação dada, que

predizendo comportamentos dos profissionais de saúde no tratamento a implementar ao doente.

O modelo de Crenças de Saúde desenvolvido por (Janz & Becker, 1984) é uma extensão deste modelo, aplicando o comportamento humano face à ameaça de saúde, muito importante nas doenças crónicas.

Vários estudos de investigação têm relacionado as crenças dos profissionais sobre doenças graves com os riscos da doença e a eficácia dos seus tratamentos. As crenças acerca da eficácia dos procedimentos estão associadas não só aos objectivos de tratamento que se pretende atingir, como também, com as performances do procedimento e com os resultados de saúde dos doentes.

Marteau e Johnston (1990) concluíram que os enfermeiros tem maior performance a implementar hábitos básicos da vida diária que os outros profissionais de saúde em doentes diabéticos. Também comparando 12 médicos com maior sucesso nos resultados de controlo de glicémia, com 12 médicos com piores resultados, verificaram que o grupo de médicos com maior sucesso, tinha crenças mais fortes em relação aos benefícios do rigor no controlo da glicémia, reduzindo as complicações dos doentes diabéticos. Os autores concluem que os saberes dos médicos têm maior eficácia, se as crenças destes, acerca da eficácia de uma determinada acção terapêutica for grande, com implicações na sua acção e intenção no empenhamento activo.

Modelo biopsicosocial

Para Taylor (1995), o Modelo biopsicosocial deverá ser preconizado na relação entre profissionais de saúde e doentes dentro do sistema de saúde. Existem muitas implicações da aplicação do Modelo biopsicosocial na prática clínica. Este modelo considera que no processo de diagnóstico deverá ser considerado o papel interrelacional, da biologia, da psicologia e dos factores sociais, na avaliação individual da saúde e doença. Neste contexto, a interdisciplina é indispensável para a realização de um diagnóstico definitivo.

Segundo este modelo a recomendação do tratamento dado ao doente é feita através da avaliação que pretende dar a possibilidade de realizar a terapia dirigida particularmente para cada indivíduo, considerando os aspectos pessoais como um todo e realizando as recomendações terapêuticas, tendo em conta os vários problemas simultaneamente, de modo a aproximarmo-nos o mais possível das reais necessidades. Por outro lado este modelo pode explicar o significado e a inter-relação entre doentes e técnicos de saúde. Efectivamente a inter-relação entre doentes e técnicos de saúde poderá melhorar a utilização dos serviços de saúde pelos doentes de modo a tornar mais eficaz o tratamento e resolver mais rapidamente os seus problemas de saúde.

O Modelo biopsicosocial implica que os profissionais de saúde deverão compreender os factores sociais e psicológicos que contribuem para a doença, bem como os contextos em que cada indivíduo está inserido e direccionar os tratamentos de modo a facilitar a recuperação contextualizando-a nas várias vertentes individuais de cada pessoa.

Adesão ao Aconselhamento em Saúde

Para Serafino (1990), nos profissionais de saúde começa a haver um crescente interesse em saber quais os factores responsáveis pela não adesão dos doentes à prescrição dos aconselhamentos dados pelos profissionais. Culpando frequentemente os doentes dos problema resultantes da não adesão aos tratamentos, atribuindo responsabilidades a estes, por falta de cooperação, por incapacidade ou incompetência em seguir os conselhos dados, ou dificuldades na sua situação de vida. No entanto, o autor defende que a relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os doentes influencia decisivamente a adesão dos doentes ao tratamento.

Segundo Serafino (1990) existem vários factores que determinam a inter-relação entre a adesão e o papel das características dos regimes de tratamento prescritos aos doentes.

Regime terapêutico e características da doença

Para Serafino (1990) os regimes terapêuticos indicados pelos profissionais de saúde podem diferir muito uns dos outros, na sua complexidade, duração, custo, efeitos e alterações do seu estilo de vida, para o doente. Alguns regimes exigem grandes alterações dos hábitos dos indivíduos, como por exemplo, fazer exercício físico regular, reduzir as calorias com alterações na dieta alimentar, parar de fumar, ou deixar de beber café e bebidas alcoólicas. Estas recomendações no sentido de alterar os hábitos diários das pessoas e alertar para os riscos que correm se não adoptarem estilos de vida saudáveis são muito importante na prevenção de eventuais complicações ou agravamento do estado clínico do indivíduo.

O autor considera que as pessoas, em geral, têm maior dificuldade em aderir aos tratamentos quando estes implicam alterações do seu estilo de vida, do que quando somente implica tomar medicamentos. Também a complexidade de alguns

regimes de tratamento não favorecem a adesão ao tratamento. Quanto menor for o número de medicamentos e mais simples for o regime de tratamentos menor é o risco das pessoas cometerem erros, maior a probabilidade das pessoas aderirem ao tratamento

Ainda segundo o mesmo autor, muitas pessoas acreditam que a duração e os custos são factores que influenciam o regime de tratamento e são os principais problemas que necessitam de maior aconselhamento por parte dos profissionais de saúde. Em estudos realizados por (Parrish, 1986; Varni & Babani, 1986) concluem que a duração dos tratamentos é um dos factores determinante para a adesão aos tratamentos, tendo esta a declinar conforme vai passando o tempo. Os regimes de tratamentos curtos, prescritos para doenças agudas, têm maiores benefícios efectivos, em menor espaço de tempo. Os regimes de longa duração administrados normalmente em doentes com problemas crónicos, são mais lentos e menos óbvios os seus benefícios.

O autor considera também, que os doentes com problemas graves de saúde e com níveis de incapacidade elevados, sentem por conseguinte, ameaçada a sua vida, aderem mais facilmente ao regime tratamentos do que os indivíduos com problemas de saúde menos graves. Mas esta ideia só é correcta conforme for a percepção da gravidade da doença, para o próprio. O mesmo se passa em relação à gravidade da doença, quando esta é percebida pelos profissionais como muito grave, neste caso, verifica-se que os doentes aderem ao regime de tratamento prescrito com mais frequência.

Idade, sexo e factores socioculturais

Para Serafino (1990) a adesão ao tratamento não está associada à especificidade pessoal dos indivíduos e às características demográficas, como, a idade, o sexo, a classe social, a raça e a religião. Estes factores, por si só, não condicionam a adesão ao tratamento, no entanto, a associação de várias destas características pessoais poderão influenciar fortemente a adesão ao tratamento.

Segundo o autor, alguns destes factores podem estar relacionados com a adesão ao tratamento em determinadas circunstâncias e não noutras. Por exemplo no caso dos doentes diabéticos, a faixa etária da adolescência é aquela que refere maiores problemas de adesão ao regime de tratamento. Também em alguns grupos culturais, podem existir crenças ou costumes que condicionam a adesão, por exemplo para alguns Índios Americanos a toma de um medicamento prolongado (como os anti-hipertensivos) não resultam numa cura que possa ser observada e por isso os medicamentos para doenças crónicas não têm muita razão de ser neste tipo de cultura (Serafino, 1990).

Em estudos desenvolvidos por Bush e Osterweis (1978) os factores demográficos poderão predizer a não adesão aos tratamentos, por exemplo, as mulheres brancas e mais velhas, seguem mais facilmente a prescrição e a percepção de cuidados de saúde melhorando os níveis de adesão. A não adesão também poderá ser influenciada pelo estrato social em que o indivíduo está inserido. É facilmente percebido que as barreiras linguísticas e a falta de conhecimentos são elementos responsáveis por baixas adesões (Taylor, 1995).

Aspectos psicossociais dos doentes

Para Becker, (1979), Becker e Rosenstock, (1984), Rosenstock e Irscht, (1979), o grau de gravidade da doença e o conjunto de obstáculos que podem dificultar o regime de tratamento, tais como, elevados custos monetários, grandes alterações do estilo de vida, podem influenciar a adesão do doente ao tratamento. O grau de gravidade da doença e os obstáculos percebidos pelo indivíduo, que em muitas circunstâncias estão interrelacionados, encontram-se associados ao modelo das crenças de saúde. Os componentes do Modelo de Crenças de Saúde são tão importantes na explicação do porquê da adesão dos doentes aos aconselhamentos dos profissionais de saúde, como são igualmente importantes as explicações relativas aos comportamentos saudáveis (Serafino, 1990).

Para Serafino (1990) o doente que se sente ameaçado por uma doença e acredita nos benefícios do regime de tratamento recomendado, adere com maior frequência ao aconselhamento dado pelo profissional de saúde.

No entanto Serafino (1990) defende que os doentes podem estar a agir racionalmente quando não cumprem o regime de tratamentos e que a não adesão é frequentemente deliberada e baseada em razões válidas apesar dos argumentos não serem medicamente apontados. Isto é a chamada *não aderência racional*. Alguns dos factores psicossociais que podem estar na origem da não adesão ao tratamento são:

- O doente ter razões para acreditar que o tratamento não está a ajudar.
- Sentir que os efeitos secundários são muito desagradáveis, ou reduzem seriamente a qualidade da sua vida.
- O doente sentir-se confuso em relação aos procedimentos dos regimes de tratamento.
- O doente não tem dinheiro para comprar os medicamentos.
- Querem “ ver se a doença ainda existe” quando for retirada a medicação.

Segundo o mesmo autor, a adesão dos doentes ao aconselhamento médico é frequentemente afectado por factores emocionais e cognitivos presentes quando são dadas algumas recomendações, elas poderão ser:

- Os doentes esquecem-se da maioria daquilo que é dito pelos profissionais de saúde;
- As instruções e os aconselhamentos são provavelmente mais esquecidos que outras informações;
- Quanto maior número de informações é dada aos doentes mais facilmente ele se esquece do que tem que fazer;
- Os doentes lembram-se mais facilmente daquilo que foi dito em primeiro lugar e o que eles consideram mais importante;
- A inteligência dos doentes não é um factor relevante;
- A idade também não é um factor relevante;

- Doentes moderadamente ansiosos relembram melhor o que lhes foi dito, que os doentes altamente ansiosos ou não ansiosos;
- Quanto mais conhecimentos médicos o doente tiver melhor se vai recordar.

Os doentes devem estar emocional e cognitivamente capazes de compreender e lembrar aquilo que lhes foi dito. Mesmo quando as directrizes são escritas os doentes poderão não compreender os procedimentos se estes tiverem um grau de literacia baixa.

Outro factor psicossocial que está associado à adesão é o *suporte social*. A maioria das pessoas que recebem apoio, atenção e ajuda de amigos, familiares ou de um grupo de pessoas institucionais, é mais provável que sigam o conselho dos profissionais de saúde do que os doentes com menos suporte social. Este suporte pode vir de familiares, amigos, de grupos de suporte como sendo associações de ajuda a doentes com alguma patologia específica ou ainda dos próprios profissionais de saúde. Os doentes com maiores níveis de suporte social beneficiam de maiores níveis de adesão, aparentemente porque têm mais encorajamento e ajuda no tratamento do seu problema de saúde.

Comunicação entre os doentes e os Profissionais de Saúde

Para Turk e Meichenbaum (1991) a comunicação estabelecida entre os profissionais e os doentes, deverá ter mecanismos facilitadores no sentido dos doentes exprimirem a variabilidade dos seus problemas e interesses e não destruir a boa vontade e habilidade para aderir aos tratamentos. Se os profissionais de saúde envolvidos sentirem necessidade deverão perguntar aos doentes acerca dos problemas de adesão que eles tiveram em algumas áreas específicas ou outro tipo de dificuldades como medos, dúvidas, receios acerca do diagnóstico e tratamento, no sentido de ajudar a promover a resolução de alguns problemas que possam surgir e motivar para o seguimento do regime de tratamentos. Cabe aos profissionais de saúde facultar aos doentes, informações específicas e conselhos práticos, tendo em conta alguns factores determinantes para o doente, no sentido de prevenir eventuais esquecimentos e procedimentos perante determinados sintomas específicos.

Segundo Taylor (1995) a adesão é alta, cerca de 90 %, quando há aconselhamento em relação à medicação, por exemplo, falar sobre os efeitos dos medicamentos. Estes níveis de adesão baixam para os 76% quando o aconselhamento é sobre aspectos vocacionais, como por exemplo, falar sobre o tempo que poderá o doente estar sem trabalhar e desce para os 66% de adesão ao tratamento, quando o aconselhamento se focaliza nos aspectos sociais ou psicológicos, como por exemplo, o modo de lidar com as situações stressantes. Os níveis de adesão são mais altos quando os doentes se sentem satisfeitos com os cuidados de saúde que lhes são prestados. Contrariamente, os níveis de adesão diminuem muito, quando os doentes estão insatisfeitos com os cuidados de saúde.

Para a autora, a insatisfação e não adesão, responsáveis por maus resultados, não são só um problema de comunicação entre profissionais e doentes, como por exemplo as práticas mal aplicadas. Em estatísticas realizadas pela *American Medical Association* verifica-se que as queixas contra médicos apresentadas nesta associação e em média por 100 médicos, subiram de 2,5 em 1976 para 10,6 em 1989. O aumento das más práticas dos profissionais de saúde contribuem para aumentar a complexidade da medicina. As novas tecnologias são excessivamente utilizadas porque os profissionais se entusiasma com as capacidades dos equipamentos e querem experimentá-las. No entanto, o excesso de uso das novas tecnologias podem prejudicar o doente, não só porque o tratamento não é necessário mas também devido aos efeitos secundários não conhecidos destas tecnologias.

As más práticas realizadas pelos profissionais de saúde conduzem a uma administração mais complexa dos cuidados de saúde. Este aumento pode ser devido a factores humanos, à despersonalização dos doentes em geral e à deficiente comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes em particular. O facto de haver uma má comunicação entre profissionais de saúde e doentes parece ser um dos factores com maior importância na obtenção de maus resultados na saúde, bem como na insatisfação com os cuidados de saúde e com a não adesão dos doentes ao regime de tratamentos (Taylor, 1995).

Surge então um problema: como é que os profissionais de saúde adquirem competências no sentido de aprenderem a comunicar convenientemente com os doentes?

Segundo Haynes, Wang, e da-Mota-Gomes, (1987); e Ley.(1977) a não adesão ao tratamento é um problema de grande importância na medicina e existem muitas razões que poderão ser traçadas para explicar e compreender as dificuldades de comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde. Os autores delinearão um conjunto de procedimentos que poderão facilitar a comunicação e consequentemente, a adesão ao tratamento:

- Ouvir o doente;
- Pedir ao doente para ele repetir o que tem que fazer;
- Manter a prescrição o mais simples possível;
- Fornecer instruções claras do regime de tratamento, preferencialmente por escrito;
- Fazer uso de embalagens com as dosagens e as horas das tomas bem como calendários;
- Contactar o doente quando este falta à consulta;
- Prescrever o regime de tratamento de acordo, o mais possível, com os hábitos de vida do doente;
- Enfatizar a importância da aderência em cada visita;
- Criar a frequência das visitas de acordo com a necessidade do doente;
- Reconhecer o esforço da adesão do doente ao tratamento em cada visita,
- Envolver o cônjuge ou companheiro do doente;
- Sempre que possível, proporcionar ao doente contactos com outros doentes que tenham estado em situações semelhantes;
- Usar palavras e frases curtas;
- Usar categorizações explícitas sempre que possível;
- Repetir as instruções sempre que necessário;
- Quando se faz um aconselhamento, fazê-lo o mais específico, detalhado e concreto possível;
- Descobrir quais são as preocupações do doente;

- Perceber quais são as expectativas do doente. Se o doente não tiver expectativas tentar perceber porquê;
- Fornecer informação sobre o diagnóstico e as causas da doença;
- Adotar uma atitude amigável ao invés de uma atitude de negócio;
- Evitar chavões médicos;
- Perder algum tempo em conversa com tópicos não médicos
(Taylor,1995).

Implementação da Adesão ao Tratamento

Os conselhos dos profissionais de saúde não são simplesmente aceites e cumpridos ordeiramente. Alguns estudos dizem que cerca de 15 % dos doentes indicavam que não iam realizar o plano de tratamento e 45% tinham a intenção de seguir o programa mas não o fizeram inteiramente (Turk & Meichenbaum, 1991).

Para estes autores, é necessário providenciar cuidados de saúde através da implementação de programas de regime de auto cuidados, e de capacitar os doentes para saber gerir a sua própria doença. As pessoas não sabem identificar muitas vezes alguns sinais da sua doença, é necessário incentivá-las e ensiná-las a preocupar-se com o seu corpo e a saber decifrar os sinais de alerta da sua doença.

Os autores consideram que os conselhos dados pelos profissionais de saúde aos doentes, deverão ser contextualizados dentro da especificidade psicossocial de cada doente, avaliando e adaptando as estimativas pessoais de forma a potenciar a eficácia de implementação do programa de tratamento. É necessário considerar os doentes nas suas expectativas e perspectivas, no que diz respeito a:

- Expectativas acerca dos sintomas esperados;
- Crenças ou falsas noções acerca da causa, gravidade e sintomas de doença, bem como, susceptibilidades, complicações e exageros;
- Perspectivas de metas de tratamento;
- Perspectivas dos custos e riscos versus benefícios do tratamento;
- Existência de relativos saberes de saúde, perícias e práticas;
- Graus de adaptação à doença;
- Sentimentos de desânimo ou falta de auto eficácia;
- Aprender a lidar com as limitações;
- Envolvimento familiar

(Turk & Meichenbaum, 1991).

Segundo Taylor (1995), o primeiro caminho para a adesão é a frequência com que se observa o envolvimento dos doentes na adesão à prescrição do regime terapêutico. Muitos profissionais de saúde aconselham os doentes a aderir ao tratamento mas a decisão será dos doentes. O modelo de crenças de saúde (Rosenstock, 1966) prediz a adesão dos doentes ao tratamento, através do impacto que esta decisão poderá ter. A crença da vulnerabilidade perante a doença, a crença da gravidade da doença, a crença da eficácia dos tratamentos recomendados são factores determinantes para o doente aderir ou não ao tratamento.

Para a autora, outro caminho para adesão, é a compreensão do regime de tratamento, tendo como expectativa que os doentes compreendam as recomendações médicas que lhe são propostas e que saibam como realizá-las. Muitos motivos da não adesão poderão ser causados pelo simples facto dos doentes não entenderem o regime de tratamento. Consequentemente é esperado que a adesão seja maior, quando os doentes entendem claramente, em linguagem comum a etiologia, diagnóstico e recomendação do tratamento associado à doença. É necessário realçar a aprendizagem como um dos factores para uma boa adesão. A adesão é maior quando os doentes perguntam e a informação é repetida, as vezes que for necessário, bem como todas as instruções e procedimentos do tratamento. Acaso seja necessário, é importante clarificar através da escrita, tudo aquilo que os doentes deverão realizar (Taylor, 1995).

Ainda segundo Taylor (1995) a satisfação com as inter-relações dos profissionais de saúde e os doentes também pode predizer os níveis de adesão. Quando os doentes percebem uma atitude calorosa e compreensiva da parte dos profissionais de saúde, os dados indicam que existem menos complicações e maiores índices de adesão, do que quando os profissionais que têm atitudes mais impacientes, registando-se índices elevados de não adesão dos doentes aos tratamentos. Por outro lado, quando os profissionais de saúde falam com os doentes sobre os seus sintomas e dão informações sobre a sintomatologia, registam-se maiores índices de adesão, porque a sua acção é mais convincente para os doentes. A qualidade do regime de tratamentos pode influenciar o crescimento da adesão dos doentes ao tratamento.

Também segundo Taylor (1995) os regimes de tratamentos que requerem da parte os doentes, capacidades complexas e diversificadas de alterações aos seus hábitos pessoais do dia a dia, durante longos períodos de tempo, são os verdadeiros suportes da relação que se estabelece entre o regime de tratamento e os resultados obtidos.

A dificuldade de adquirir estratégias de *coping* por parte de alguns doentes está associada a baixos níveis de adesão ao tratamento recomendado. Nos extensos estudos longitudinais com doentes de variadas doenças crónicas, os investigadores concluem que os doentes que têm maior dificuldade de adoptar estratégias de *coping*, são aqueles que têm mais dificuldade em seguir os conselhos médicos, especificamente as recomendações de adesão ao tratamento para obter os resultados desejados (Taylor, 1995).

Promoção e Facilitação da Adesão ao Tratamento

Para Turk e Meichenbaum (1991) os profissionais de saúde que assumem um papel de autoritarismo para com os doentes, vão originar comportamentos de medo, ansiedade e excitação por parte dos doentes acerca dos tratamentos clínicos. Os procedimentos incrementados por estes profissionais, originam normalmente maus resultados, porque são ignoradas as questões dos doentes. É pedido aos doentes adesão aos tratamentos com comportamentos hostis, resultando frequentemente, doentes ignorantes, perante todo o processo de diagnóstico e tratamento da sua doença. Estes adquirem comportamentos de medo e ignorância no que diz respeito à realização dos procedimentos ao regime de tratamento, que foram remetidos a cumprir. São normalmente doentes insatisfeitos com os cuidados de saúde e pouco colaborantes, registando-se taxas de baixa adesão ou abandono do regime de tratamento.

Para estes autores, a promoção da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, no sentido de ajustar o regime de tratamento a cada doente individualmente, tendo em conta não só a doença em questão, como também as características físicas, psicológicas e sociais de cada doente, de forma a que a adesão ao regime de tratamento específico seja um sucesso.

Estudos realizados pelos autores acima mencionados, com doentes hipertensos, demonstra-se que a adesão ao regime de tratamentos produz um impacto positivo nos índices de incapacidade, aumentando a qualidade de vida destes doentes e reduzindo significativamente o número de mortes. Aumentando assim a esperança de vida com qualidade para o doente e simultaneamente reduzindo os custos gastos nos cuidados de saúde.

Ainda segundo os mesmos autores, os programas de maior sucesso no que diz respeito à adesão, foram realizados com doentes que foram encorajados e estimulados a participar activamente nos seus cuidados de saúde. Eles foram envolvidos no planeamento do tratamento em todas as vertentes (decisões clínicas,

uso de tecnologia, prioridades, nas alterações de estilos de vida, recursos utilizados e nas barreiras que poderiam acontecer).

Haynes e Da Mota Gomes (1987), realizaram uma lista de aspectos importantes relacionados com a adesão:

1- Apontamentos guardados:

- Nome do profissional de saúde;
- Telefone e mail;
- Catálogo clínico;
- Incentivo aos cuidados continuados;
- Guardar e activar os apontamentos;
- Discussão e debate de antecipação de erros nos apontamentos.

2 - Comunicação paciente profissional:

- Envolvimento dos doentes no planeamento e implementação do programa de tratamentos;
- Regime de tratamento simples;
- Educação e esclarecimento de dúvidas aos doentes;
- Antecipação da gestão de algumas situações;
- Lembrar os cuidados a ter com os medicamentos;
- Comportamentos de motivação nos procedimentos;
- Ensinar a auto gestão de perícias;
- Utilizar um regime gradual de implementações;
- Envolver os outros significativamente;
- Utilização de serviços adjacentes (educadores para a saúde);
- Integrar o regime de tratamentos na vida normal.

Conselhos para os profissionais de saúde:

- 1- Escutar o doente;
- 2- Pedir ao doente para repetir o que tem de fazer;
- 3- Fazer a prescrição o mais simples possível;
- 4- Dar instruções claras e exactas do regime de tratamentos, preferencialmente escritas;
- 5- Utilização de formas especiais de lembrar os dias e as horas em que têm que tomar a medicação;
- 6- Nomear em apontamentos os erros;
- 7- Prescrição de auto cuidadoso do regime de tomada e contagem do medicamentos diariamente;
- 8- Incentivar a importância da adesão durante as visitas;
- 9- Disponibilidade de visitas frequentes quando o doente necessitar de ajuda na adesão;
- 10- Reconhecer o esforço do doente para aderir aos tratamentos;
- 11- Envolver o cônjuge e outros, na situação do doente.

Kristeller e Rodin (1984) desenvolvem um modelo conceptual de desenvolvimento no sentido da promoção e implementação da adesão dos doentes aos tratamentos. Este modelo considera que há três estádios no processo de adesão ao tratamento:

- Estádio 1 “Concordância”, nesta primeira fase o doente concorda em seguir o regime de tratamento.
- Estádio 2 “Adesão”, nesta fase o doente continua o regime de tratamento que concordou realizar com supervisão limitada dos profissionais de saúde.
- Estádio 3 “Manutenção”, nesta fase o doente tem autonomia para implementar os comportamentos de promoção da sua saúde, e responsabiliza-se pela vigilância de alterações que possam ocorrer

A evolução através dos estádios realiza-se através do controlo individual que a pessoa consegue adquirir ao longo do seu processo de desenvolvimento de alterações aos seus estilos de vida no sentido da promoção da saúde (Ribeiro, 1998).

Percepção os Profissionais de Saúde em Relação à Adesão

A percepção dos profissionais de saúde tem sido progressivamente estudada tanto por investigadores da área das ciências médicas, farmacológicas e químicas, dos cuidados de enfermagem, nas questões relacionadas com adesão a programas de exercício físico programados por fisioterapeutas. No entanto a perspectiva destes trabalhos está sempre no sentido de avaliar a adesão dos doentes a um determinado programa de tratamento.

Para Lacerda (1999) os médicos que estão mais envolvidos com a gestão das doenças crónicas, como é o caso dos doentes hemodializados, cardíacos, psiquiátricos e diabéticos, as questões sobre adesão aos tratamentos são especialmente levantadas, verificando-se que existe um número significativamente alto de doentes que não aderem completamente aos tratamentos.

Segundo o mesmo autor, é com o aparecimento do HIV que o problema da adesão aos tratamentos prescritos pelo médico começa a ser mais preocupante. As pessoas infectados com o HIV podem não tem sintomatologia da doença e por isso não se sentem doentes, resistindo mais à adesão ao programa terapêutico. Por outro lado, estes programas são muito complexos porque envolvem muita medicação diária em vários horários, com níveis de toxicidade elevados e só são eficazes se forem realizados com 100% de adesão, no sentido de não deixar o vírus evoluir para a doença (SIDA).

Para este autor a informação transmitida ao doente sobre a doença e o processo de tratamento através do estabelecimento de comunicação entre doente e os profissionais de saúde é fundamental para a adesão ao tratamento. Referencia as dificuldades existentes no acesso aos serviços de saúde, bem como as deficiências das organizações de saúde, como os principais responsáveis pelas dificuldades de comunicação adequada entre profissionais e doentes. Simultaneamente atribui dificuldades na adesão ao tratamento, aos mecanismos psicológicos das pessoas, nomeadamente à negação que algumas delas tem em relação à doença.

Para Faria (1999) a informação dada ao doente é um procedimento muito importante no sentido do doente cumprir um esquema de tratamento complexo, especialmente nos doentes crónicos em que a sintomatologia não é muito evidente. A adesão deve ser implementada através de regras simples que os médicos devem transmitir ao doente, como informação em relação ao regime de tratamento, assegurar que o doente toma a medicação através de um esquema calendarizado e adaptar as regras terapêuticas às rotinas do doente.

Para Marques (1999) os problemas da não adesão aos tratamentos são o reflexo das resistências individuais às mudanças da rotina. Para melhorar a adesão aos tratamentos, os doentes necessitam de apoio específico no sentido de desenvolver capacidades de autodomínio. Neste caso os médicos deverão encorajar o doente a aprender a controlar o seu próprio comportamento.

Vandal (1999) considera que existem mecanismos fundamentais para que os indivíduos mantenham comportamentos de saúde, nomeadamente comportamentos de adesão aos programas de tratamento e promoção de saúde. Estes mecanismos são baseados na aprendizagem, necessária para que os profissionais de saúde sensibilizem e promovam na população, comportamentos de adesão aos tratamentos, no sentido de orientar para um papel activo na autogestão e autocontrolo da sua saúde. Através de processos de aprendizagem de comportamentos de saúde os indivíduos são motivados para adoptar comportamentos de benefício para a saúde.

Para esta autora os indivíduos só têm percepção das estratégias cognitivas que deverão adoptar, bem como percepção efectiva de controlo do seu estado de saúde, se a intervenção educativa dos profissionais de saúde for eficaz.

Num estudo de investigação realizado por Chen et al, (1998) sobre os factores que influenciam a adesão de doentes com problemas funcionais graves a um programa de exercícios realizados nas suas residências, foi medida a adesão ao programa de exercícios com grau de satisfação, utilizando para avaliação o modelo das crenças de saúde e o modelo de locus de controlo. As conclusões a que chegaram os investigadores assentam no facto de quando os doentes percepcionavam controlo sobre o seu estado de saúde e utilizam crenças positivas no sentido de conseguir

ultrapassar as barreiras existente, aderiam mais significativamente ao programa de exercícios.

Num outro estudo descritivo, realizado por fisioterapeutas (Stewart, et al, 1999) num Hospital Sul Africano, em que se pretendeu saber quais eram os factores que contribuíam para a adesão aos tratamentos em doentes queimados graves. Foram estudados 20 doentes e 10 terapeutas. As conclusões foram díspares entre os terapeutas e os doentes, nomeadamente em relação aos tipos e consequências de problemas que resultavam da aplicação de algumas técnicas terapêuticas, aos efeitos negativos de desfiguramento visual resultante da queimadura e à necessidade do suporte social em todo o processo de reabilitação. Os autores sugerem o estabelecimento de uma comunicação no sentido horizontal entre todos os técnicos de saúde, os doentes e os familiares e a intervenção activa da educação para a saúde.

Esta questão da adesão ao tratamento incomoda cada vez mais todos os agentes envolvidos no Sistema de Saúde, porque para além de estar envolvido a relação entre os profissionais de saúde e os doentes, envolve, desperdícios de avolumadas somas monetárias por ano, que os Estados perdem no seu Orçamento Geral de Saúde.

Muitas explicações têm sido consideradas para a não adesão, outras tantas recomendações têm sido incentivadas para reduzir estes índices de não adesão dos doentes ao regime de tratamento prescrito. Algumas sugestões têm sido veiculadas para minimizar o índice de não adesão. No entanto, é entre os profissionais de saúde que mais directamente se inter-relacionada com os doentes, que estas questões da adesão surgem permanentemente no seu dia a dia. Nomeadamente, no caso dos médicos, enfermeiros e fisioterapeutas em que a boa adesão do doente ao regime de tratamento é fundamental para a rentabilidade do seu desempenho profissional. É dentro deste âmbito que se pretende estudar a sensibilidade e a percepção que têm estes vários profissionais em relação à questão da adesão

Desta forma a questão de investigação:

“ Como é que os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) em contexto hospitalar, percebem a adesão dos doentes ao tratamento.”

Partindo deste problema surgem vários objectivos do estudo que pretendem especificar a questão central do estudo .

Objectivos do estudo

- Identificar o conceito de adesão ao tratamento que os profissionais de saúde têm.
- Identificar a importância da avaliação na adesão dos doentes ao tratamento.
- Determinar os factores responsáveis pela não adesão dos doentes ao tratamento.
- Determinar os factores que facilitam a promoção da adesão dos doentes ao tratamento.
- Verificar quais são as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde que facilitam a implementação da adesão ao tratamento.
- Verificar quais são as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, que do ponto de vista do doente, são mais aceites, no sentido da adesão ao tratamento.

MÉTOD

PARTICIPANTES

Esta amostra é constituída por 184 indivíduos distribuídos em três grupos diferentes de profissionais de saúde, 85 fisioterapeutas que trabalham em alguns Hospitais da grande Lisboa, 59 enfermeiros que se encontram a trabalhar nos serviços de Medicina Interna do Subgrupo Hospitalar Capuchos/Desterro e por 40 médicos com especialidade de Medicina Interna ou a realizar a especialidade nestes serviços do Subgrupo Hospitalar Capuchos/Desterro.

Foram escolhidos enfermeiros e médicos que trabalham nos serviços de Medicina Interna, porque nestes serviços se encontram com maior frequência:

- Doentes com diversidade de patologias
- Doentes com internamentos muito prolongados
- Doentes com frequentes internamentos
- Os doente internados são normalmente seguidos em ambulatório no Hospital
- Muitos dos doentes são reentrados nos mesmos serviços devido á sua patologia de base

Para estes profissionais, as questões da adesão ao plano de tratamento poderão ser frequentemente importantes na prática profissional.

Foi também recolhida a amostra dos fisioterapeutas nos seguintes Hospitais Centrais de Lisboa:

- Hospital de São José
- Hospital Curry Cabral
- Hospital Garcia da Horta
- Hospital de Santa Marta
- Hospital Egas Moniz

Devido ao número reduzido de fisioterapeutas no Subgrupo Hospitalar Capuchos/Desterro, houve a necessidade de recolher mais elementos da amostras destes profissionais, em instituições hospitalares cujos cuidados prestados são similares (Hospitais Centrais).

Foram escolhida os profissionais de saúde do Subgrupo Hospitalar Capuchos/Desterro, devido ao facto do investigador exercer a sua actividade profissional (fisioterapeuta) nesta instituição e por ter facilidade no acesso aos profissionais. Esta amostra foi assim seleccionada por conveniência, pelos motivos que foram descritos.

Neste estudo, pretendeu-se que a amostra fosse representativa dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas), nos hospitais em que foi proposto realizar o estudo, assim:

Quadro-1- Percentagem de médicos que responderam ao questionário

SERVIÇOS DO HSAC	MÉDICOS INQUIRIDOS	PERCENTAGEM RESPOSTAS
SER-1	21	76,2 %
SER-2	12	58,4 %
SER-3	20	75 %
SER-4	20	25 %
TOTAL	73	54,8 %

Dos 73 médicos de medicina interna que se encontravam em actividade profissional nos serviços de Medicina Interna do Subgrupo Hospitalar Capuchos/Desterro (não incluindo na amostra os médicos com destacamentos para outras unidades hospitalares, ou em estágios no País e no estrangeiro).

40 médicos responderam ao questionário. Os serviços 1 e 3 foram aqueles que mais aderiram ao estudo. Contrariamente a mais baixa adesão foi registada no serviço 4, sendo o único serviço de Medicina Interna existente no Hospital do Desterro.

Quadro 2- Percentagem de enfermeiros que responderam ao questionário

SERVIÇOS DO HSAC	ENFERMEIROS INQUIRIDOS	PERCENTAGEM RESPOSTAS
SER-1.1	15	60 %
SER-1.2	15	73,4 %
SER-2	14	92,9 %
SER-3.1	16	93 %
SER-3.2	15	40 %
SER-4	21	23,8 %
TOTAL	96	61,5 %

Num total de 96 enfermeiros existentes no Subgrupo Hospitalar Capuchos/Desterro, 59 aderiram ao estudo.

As enfermarias não são distribuídas do mesmo modo em todos os serviços, há enfermarias, como no serviço 1 e 3 que apesar de ter os mesmos médicos em comum a prestar serviço, são em termos de enfermagem completamente autónomas com enfermeiros chefes diferentes, corpo de enfermeiros diferentes e até processos organizacionais diferentes.

Regista-se uma maior adesão ao estudo nos serviços 2 e 3.1 com a quase totalidade de enfermeiros a responder aos questionários, logo a seguir ao serviço 1.2 com 73, 4% de adesão ao estudo. O serviço 4 de Medicina Interna do Desterro foi o que menos aderiu, tal como aconteceu com os médicos deste serviço.

Na altura em que foi realizado o estudo, havia duas situações na profissão de enfermagem que podem alterar rapidamente o número de enfermeiros que estavam ao trabalho. A primeira, foi o fim de alguns contratos de trabalho com enfermeiros e o principio de outros novos contratos de outros novos enfermeiros (em poucos dias observou-se uma rotatividade de enfermeiros que saíam do serviço e outros que entravam). A segunda é a existência de alguns enfermeiros espanhóis que saíram. Estes factos aconteceram especialmente no serviço 4, do Hospital do Desterro

Quadro 3- Percentagem de fisioterapeutas que responderam ao questionário

HOSPITAIS CENTRAIS	FISIOTERAPEUTAS INQUIRIDOS	PERCENTAGEM RESPOSTAS
H.SAC	14	85,7 %
H.S.JOSÉ	22	72,7 %
H.C.CABRAL	21	72,7 %
H.G.HORTA	18	72,2 %
H.E.MONIZ	16	50 %
H. S. MARIA	15	73,3 %
H. S. MARTA	16	50 %
TOTAL	122	69,7 %

Foram contactados fisioterapeutas em sete Hospitais Centrais da zona da grande Lisboa, devido ao facto do número destes profissionais existente em cada Hospital Central ser manifestamente reduzido

Num total de 122 fisioterapeutas dos Hospitais: Capuchos/Desterro, São José, Curry Cabral, Garcia da Horta, Egas Moniz, Santa Maria, Santa Marta; responderam ao questionário 85 pessoas.

Houve uma homogeneidade na adesão ao questionário nos sete Hospitais, acima dos 70%, excepto nos Hospitais de Egas Moniz e Santa Marta, com 50% de adesão.

Tal como nos enfermeiros, também durante a aplicação do questionário, houve fisioterapeutas que terminaram contratos saindo das Instituições e outros entraram de novo.

Características Demográficas da Amostra:

Neste capítulo descrevem-se e apresentam-se os dados recolhidos sobre a caracterização da amostra obtidos a partir das respostas às questões feitas no questionário demográfico. Têm como objectivo caracterizar a amostra em relação à características pessoais e profissionais.

A amostra do estudo é composta por 184 indivíduos, sendo 40 médicos de medicina interna, 59 enfermeiros que trabalham em serviços de medicina interna e 85 fisioterapeutas a trabalhar nos hospitais que já foram referenciados anteriormente.

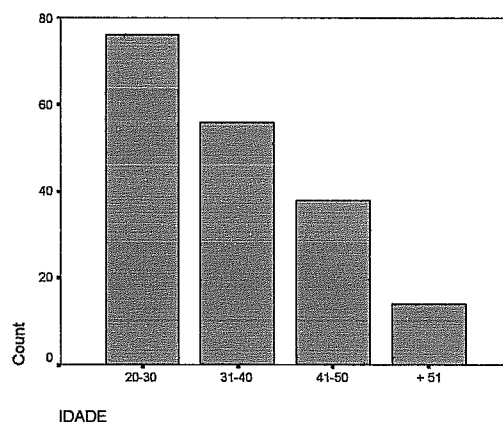


Figura 1 – Distribuição de amostra por idades

Verifica-se através da figura 1 que a maioria dos inquiridos tem idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos, logo a seguida da faixa de idades entre os 31 e os 40 anos. Estes dois estratos de idades são a maioria esmagadora desta amostra. Os elementos da amostra com mais de 51 anos são significativamente menos representativos.

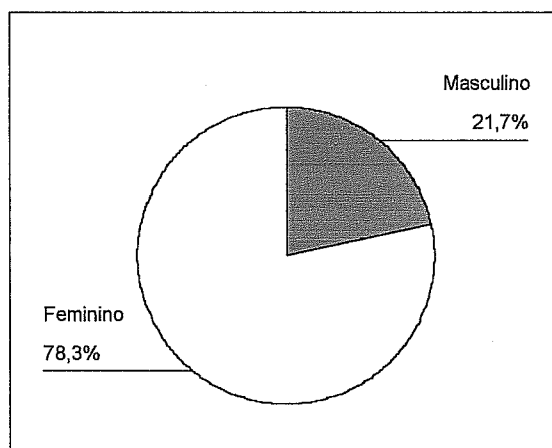


Figura 2 – Distribuição da amostra por sexo

Como se pode constatar através da figura 2, a maioria dos inquiridos são do sexo feminino. Indicando que nos profissionais de saúde do estudo (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas), o sexo feminino é o predominante.

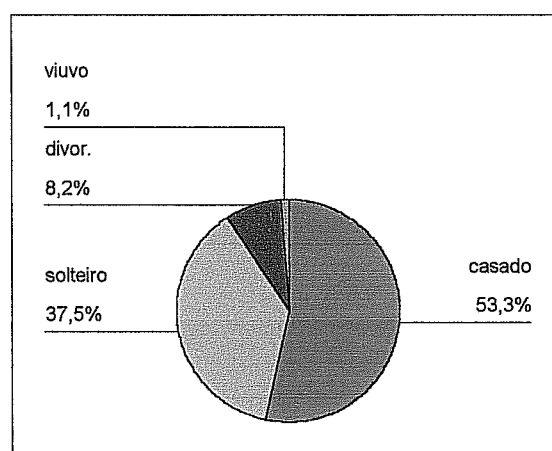


Figura 3 – Distribuição de amostra por estado civil

Relativamente ao estado civil, verifica-se que a maioria dos elementos da amostra são casados, seguido os solteiros. Os restantes estados civis não são relevantes para a amostra.

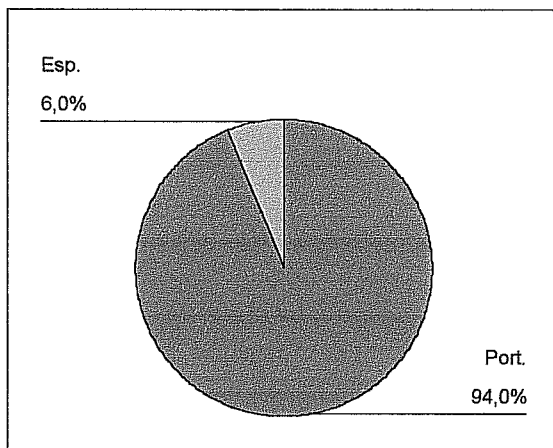


Figura 4 – Distribuição da amostra por nacionalidade

Verifica-se que a esmagadora maioria dos elementos da amostra são de nacionalidade portuguesa, sendo os restantes de nacionalidade espanhola.

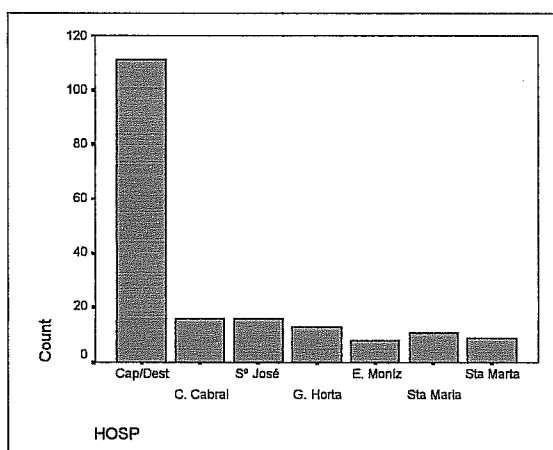


Figura 5. Distribuição da amostra por hospital onde trabalham

A figura 5 apresenta uma maioria de inquiridos do Hospital Capuchos/Desterro, com um número de indivíduos próximo dos 120. É necessário lembrar que os enfermeiros e médicos incluídos na amostra são exclusivamente deste hospital e somente os fisioterapeutas têm amostras nos vários hospitais referenciados pela figura.

Nesta amostra de fisioterapeutas dos restantes Hospitais Centrais de Lisboa é importante salientar que os Hospitais de Curry Cabral, S^o José e Garcia da Horta foram aqueles que aderiram mais ao estudo.

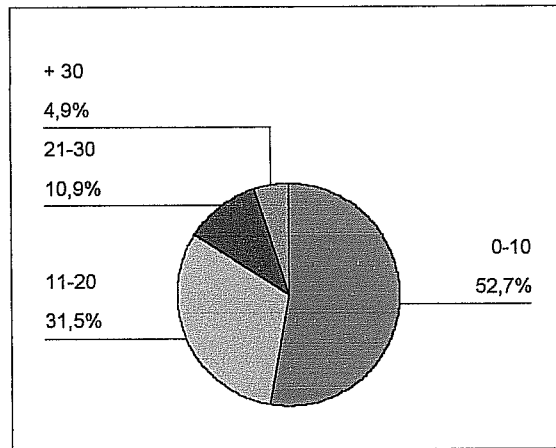


Figura- 6. Distribuição da amostra por anos de experiência profissional

Verifica-se que a maioria dos inquiridos têm até 10 anos de experiência profissional, logo seguida dos indivíduos de 11 a 20 anos de experiência profissional. Os restantes profissionais, com mais de 20 anos de profissão, não representam uma amostra significativa neste estudo.

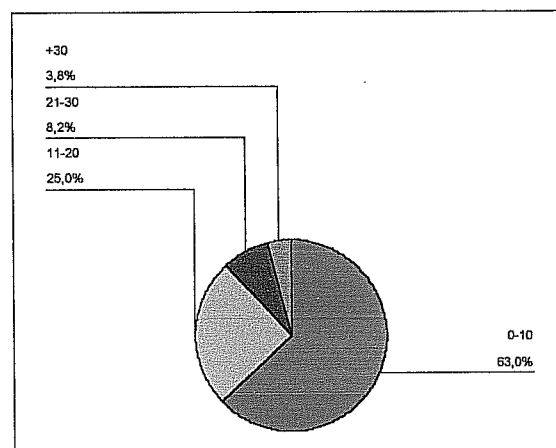


Figura 7- Distribuição da amostra por anos de experiência no Hospital

No que se refere aos anos de experiência profissional no Hospital onde recentemente exerce a sua actividade profissional, verifica-se que a maioria dos profissionais começou a exercer a sua actividade profissional à menos de 10 anos no Hospital onde trabalham actualmente. Seguidamente os indivíduos que trabalham entre 11 a 20 anos no Hospital. Os profissionais com mais de 20 anos de trabalho no Hospital são o grupo menos significativo desta amostra.

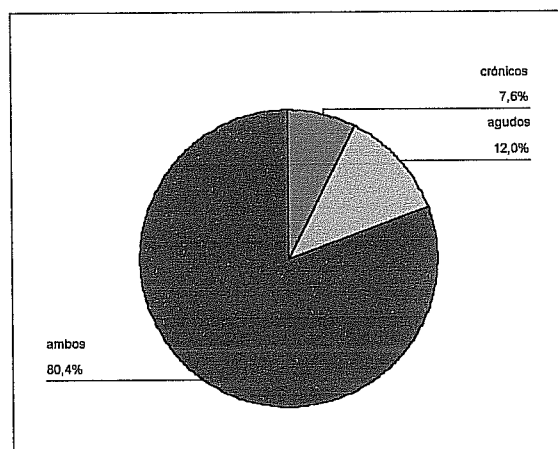


Figura 8- Distribuição por doentes

Como se pode verificar a grande maioria das pessoas que participaram neste estudo, admitiram tratar tanto doentes agudos como crónicos. As percentagens de inquiridos que admitem só tratar doentes agudos é cerca de 12%. No caso desta população da amostra que exercem a sua actividade profissional num dos Hospitais Centrais de Lisboa é interessante verificar que na sua maioria, estes profissionais percebem a existência de doentes crónicos em unidades hospitalares de cuidados diferenciados.

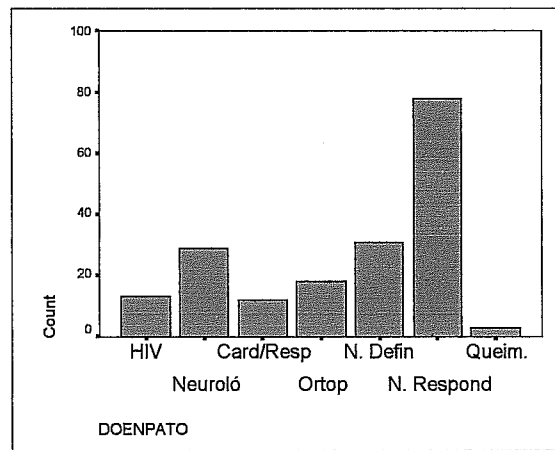


Figura 9- Distribuição por patologia

Na figura de distribuição das patologias a que os profissionais mais se dedicam, verifica-se que a maioria não respondeu a esta questão, colocando o problema se deveria ser reformulada como questão fechada. Regista-se um número considerável de profissionais que trabalham com doentes neurológicos, seguido das restantes patologias que foram referenciadas pelos inquiridos.

DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este trabalho de investigação é exploratório descritivo e transversal.

O investigado não intervém, nem manipula qualquer acontecimento do meio em estudo, simplesmente desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem num determinado momento, numa realidade presente inserida no quadro de uma investigação exploratória (Ribeiro,1999).

O investigador não pretende explicar o que ocorre ou porque é que ocorrem determinados fenómenos, constatando os resultados encontradas, sendo por isso descritivo (Ribeiro,1999)

A investigação é realizada num único momento, e somente neste momento é observado e registado o conteúdo que se pretende estudar, por isso, o estudo é transversal.

Definição da Variáveis

Neste caso pretende-se estudar a variável adesão em relação ao sexo e à profissão dos indivíduos da amostra e correlacionar a variável adesão em relação a algumas variáveis as características demográficas da amostra

.Variável principal:

Adesão ao tratamento

Variáveis secundárias:

- Idade
- Sexo
- Profissão dos profissionais de saúde
- Anos de experiência profissional
- Anos de experiência profissional no Hospital

MATERIAL

Depois da pesquisa sobre adesão ao tratamento, foram encontrados vários artigos sobre este tema, nomeadamente nos domínios da medicina e especialmente na adesão à terapêutica medicamentosa, em várias áreas médicas como a cardiologia, a diabetes e o HIV. Também na psicologia vários são os artigos que estudam esta temática associada aos comportamentos de adesão.

Nas pesquisas efectuadas não foi possível encontrar um instrumento de medida da percepção dos profissionais de saúde em relação à adesão dos seus doentes aos tratamentos

Para que os objectivos deste estudo de investigação possam analisar as percepções dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) em relação à adesão ao tratamento dos seus doentes, houve a necessidade de construir um instrumento que pudesse avaliar as várias vertentes do fenómeno da adesão (anexo)

Primeiramente foi elaborado um questionário demográfico para recolha de dados de natureza demográfica, no sentido de caracterizar a amostra. Foi também elaborado um segundo questionário ou escala que pretende avaliar a percepção dos profissionais em relação à adesão dos seus doentes ao tratamento e que possibilitasse uma recolha de dados e interpretação da sensibilidade dos profissionais a esta questão.

O Questionário Demográfico

Foi construído com o objectivo de conhecer e organizar um conjunto de dados necessários para caracterizar a amostra e possibilitar o estudo relacionando estas características como variáveis secundárias, relacionando-as com a variável principal da adesão ao tratamento.

Do questionário demográfico constam:

- Questões demográficas: idade, sexo, estado civil, profissão, nacionalidade
- Questões relacionadas com a experiência profissional: hospital onde exerce a actividade profissional, anos de experiência profissional, anos de experiência profissional no Hospital referenciado, trabalha com doentes crónicos/agudos/ambos e trabalha com doentes com patologia definida.

Escala de Adesão

Foi construído através de teorias e as respectivas respostas são interpretadas através de um esquema estrutural baseada nas mesmas teorias (Ribeiro, 1999)

Esta escala é constituída por 64 itens que estão divididos em 11 subescalas ou dimensões distintas umas das outras de modo que possam medir o construto.

A Construção dos Itens

Segui as directrizes de Ercikan (citado por Ribeiro, 1999):

- Usar frases simples e curtas
- Utilizar voz activa
- Repetir os substantivos em vez de pronomes
- Evitar metáforas e formas verbais complexas
- Evitar advérbios e preposições
- Evitar a forma possessiva
- Utilizar termos específicos em vez de termos genéricos
- Evitar palavras vagas

A escolha das subescalas em 11 partes e da inclusão dos itens em cada uma delas é somente baseado nos pressupostos teóricos. Optou-se por esta divisão porque em cada uma destas subdivisões é estudado um aspecto da adesão.

As subescalas

- 1ª Subescala – *A adesão relativamente à experiência profissional*: os primeiros 4 itens, visão caracterizar a população em relação à sua

sensibilidade acerca da adesão dos doentes ao tratamento e dar informações relativas à importância deste tema para a população estudada. Estando o 1º e 4º itens associados ao exercício profissional e o 2º e 3º associados à formação profissional. Verificaram, posteriormente, a consistência interna dos itens desta subescala.

- 2ª Subescala.- *Percepção dos profissionais de saúde sobre a adesão* : é constituída por uma única questão com o objectivo de assinalar para cada objecto de estudo a sua sensibilidade, quanto à adesão dos seus doentes ao tratamento, contabilizada numa escala 10 alternativas de resposta, mas em que se pode também assinalar nos espaços entre os diversos pontos. Neste caso pretende-se analisar individualmente a questão.
- 3ª Subescala. *Conceptualização da adesão*: uma pergunta directa sobre o que é a adesão do doente ao tratamento, a que correspondem três respostas possíveis, baseadas em três teorias diferentes de adesão ao tratamento e somente uma deverá ser escolhida. A teoria a) é baseada nos estudos de (Sackett & Hayner, 1976), a teoria b) foi estudada por (Glasgow, et al, 1987) e a teoria c) foi defendida por (Leventhal & Cameron, 1987). Pretende-se verificar se existem diferença nas conceptualizações de adesão.
- 4ª Subescalas – *Avaliação da adesão dos doentes ao tratamento*: é constituída por 4 itens, cada um deles avalia, de diferentes modos a adesão dos doentes aos tratamentos. Os 2 primeiros itens têm características associadas ao controlo da adesão pelo profissional e os outros 2, através das referências do doente. Foi construído baseado nos estudos de (Turk & Meichenbaum, 1991). Estas questões apesar de estarem agrupadas numa subescala, porque conceptualmente elas vão avaliar o mesmo conceito, são na realidade questões diferentes umas das outras, e por isso analisadas individualmente.

- 5ª Subescala – *Factores que determinam a não adesão*: é constituída por 24 itens que pretendem determinar os factores mais importantes para a não adesão dos doentes ao tratamento. Estes dividem-se em 5 grupos ou dimensões. O primeiro grupo é constituído por 10 itens que pretendem determinar a não adesão com questões relacionadas com o doente. O segundo grupo constituído por 3 itens dá mais ênfase à doença. O terceiro grupo é constituído por 4 itens e relaciona a não adesão com os tratamentos. O quarto grupo composto por 3 itens relaciona a não adesão a factores relacionados com o sistema de saúde. O quinto e último grupo constituído por 4 itens atribui importância à inter-relação entre profissionais de saúde e doentes. Todos estes grupos estão teoricamente relacionados entre si num único esquema teórico que os relaciona. Neste caso investiga-se se existem grupos mais importantes que outros para a não adesão, quais são os grupos ou os itens a que os profissionais dão mais ou menos importância. Todos estes itens foram construídos com base nos trabalhos teóricos de (Turk & Meichenbaum, 1991).
- 6ª Subescala – *Facilitadores da promoção da adesão*: é composto por 5 teorias diferentes que propõem modelos de promoção para adesão ao tratamento, pretende-se com este subgrupo estudar a sensibilidade dos profissionais em relação aos modelos que seriam adaptados por eles no sentido de promover a adesão ao tratamento nos seus doentes. O 1º item baseado no modelo biomédico, o 2º item no modelo da aprendizagem social, o 3º item no modelo comunicacional, no 4º item na teoria da crença racional e o 5º item na teoria dos sistemas, baseado nos pressupostos teóricos de (Ribeiro, 1998). Esta subescala é construída através de diferentes teorias acerca da promoção de saúde.
- 7ª subescala – *Implementação e facilitação dos profissionais para os doentes aderirem aos tratamentos*: é constituída por 13 itens, divididos em 3 grupos ou dimensões, os quais são constituídos por 3 teorias psicológicas comportamentais diferentes que estudam a adesão ao tratamento. Nestes itens pretende-se estudar as estratégias

utilizadas pelos profissionais de saúde no sentido de facilitar e implementar a adesão ao tratamento dos seus doentes. Os primeiros 8 itens são baseados nas teorias do Modelo de Hipótese Cognitiva (Ley), em que o ênfase é feito na informação dada ao doente. O 9º, 10º, e 11º no Modelo de Representação de Saúde (Leventhal), dando mais importância às construções cognitivas que os doentes fazem do seu estado de doença. A 12º e a 13º no Modelo da Motivação para a Protecção (Roger), o ênfase é dado na motivação para a adesão. Serão avaliados item a item, pois esta escala foi realizada através de vários modelos teóricos.

- 8ª Subescala – *Factores importantes para o doente no sentido de facilitar a adesão*: é constituída por 12 itens, dividido em 4 grupos ou dimensões diferentes, cada um dos quais constituídos por uma teoria psicológica comportamental que investigam o fenómeno da adesão. Neste subgrupo a relevância é dada àquilo a que o doente dá mais importância para aderir aos tratamentos, do ponto de vista do profissional de saúde. Diferencia-se do 7ª subgrupo, porque neste era o que o profissional deveria fazer para facilitar a adesão, enquanto no 8ª subdivisão é o que é importante para o doente no sentido de facilitar a adesão. O 1º, 2º, 3º, 4º e 5º, no Modelo de Crenças de Saúde (Janz e Becker), que é baseado na crença de vulnerabilidade, gravidade, benefício e custos para a saúde. O 6º item, Modelo da Motivação para a Protecção (Roger), descrito no anterior subgrupo. Os 7º, 8º e 9º itens são baseados no Modelo de Auto-Eficácia (Bandura), em que se estudam as expectativas em relação ao tratamento. Os 10º, 11º e 12º itens, estão de acordo com o Modelo do Comportamento Planeado (Ajzen), que enfatizam o papel das cognições sociais, na forma de normas subjectivas.

Formato da escala de adesão

Este questionário destina-se a ser aplicado a profissionais de saúde, que estão a trabalhar num Hospital Central. Deste modo optou-se por formular frases curtas e concisas, direccionada para um único componente de resposta, numa linguagem aceite e corrente no meio Hospitalar.

As perguntas são todas fechadas, excepto a última pergunta do questionário demográfico, onde é pedido a patologia com que o profissional trabalha com mais frequência.

Os questionários de perguntas fechadas têm a vantagem do investigador conhecer a natureza das variáveis mais relevantes e querer obter informações quantitativas (Hill & Hill, 2000).

Na escala de adesão são adoptadas medidas ordinais para cada item. Em cada item são aplicadas medidas categorizadas e ordenadas segundo um critério definido (Ribeiro, 1999). Estas escalas admitem uma ordenação numérica para cada categoria, ou seja, as respostas alternativas estabelecem uma relação de ordem entre elas. Não é no entanto, possível medir a magnitude das diferenças entre as categorias (Hill & Hill, 2000).

Nos primeiros 4 itens de caracterização da população da amostra em relação à adesão optou-se por uma escala ordinal em cada um dos itens com 4 opções de escolha:

(nunca, pouco frequentemente, frequentemente, muito frequentemente)

No 5º item, optou-se por uma escala de 0 a 10

No 6º item, é feita uma pergunta para a qual existem três afirmações, em que só uma pode ser respondida, neste caso a escala é nominal.

Nas restantes subescalas, optou-se por escala ordinal com 4 opções de escolha: (nada importante, pouco importante, importante, muito importante).

Esta escolha de 4 situações de opção deve-se ao facto de posicionar o inquirido num dos lados e não haver uma hipótese neutra.

A primeira página do instrumento inclui uma folha de rosto, com um texto introdutório, em que se explica o que se pretende com o trabalho, bem como o objectivo e a importância do mesmo. Nesta página são descritas todas as instruções que deveriam ser seguidas:

- Todas as respostas são de resposta múltipla, só uma poderá ser respondida.
- O tipo de preenchimento é individual, confidencial e de auto resposta, sem a presença do avaliador
- O tempo médio para preencher questionário é de aproximadamente 15m.

Entrevista com Especialistas

Procedeu-se a uma entrevista em que estavam representados dois membros de cada estrato profissional da população em estudo. Houve uma conversação acerca do esquema organizacional do questionário demográfico e da escala de adesão, da organização dos itens e do conteúdo semântico de cada item.

Foram alteradas algumas formulações semânticas de vários itens de modo a tornar-se mais compreensível.

Pré teste

Foi construída uma versão preliminar do questionário que foi sujeito a pré-teste com um grupo de 12 indivíduos pertencentes à população alvo (4 médicos de medicina interna, 4 enfermeiros e 4 fisioterapeutas). A aplicação do instrumento foi por auto-preenchimento, reservando-se no final, um período para dialogar sobre questões, críticas e sugestões relativamente à compreensão e organização do questionário.

Relativamente ao tempo de aplicação, este variou entre os 10 e os 25 minutos (tempo médio, 17 minutos).

Quanto ao tamanho da escala de adesão, foi referido que era relativamente grande e com alguma perguntas semelhantes.

Quanto às críticas e sugestões, foram anotadas e analisadas, (curiosamente algumas críticas eram contraditórias), posteriormente organizadas em :

- Erros de ortografia e dactilografia
- Críticas em relação à pouca especificidade dos itens
- Sugestões em relação à clareza da linguagem
- Sugestão em relação à linguagem mais específica do meio hospitalar
- Sugestões em relação á escala aplicada nos 4 primeiros itens

Foram seguidamente elaboradas algumas alterações de forma a reduzir, na medida do possível os erros existentes, melhorando desta forma a acessibilidade e a qualidade do questionário.

Após a aplicação do questionário, é necessário estudar as suas propriedades psicométricas, a fidelidade e a validade do mesmo.

Fidelidade do Instrumento

Para avaliar a fidelidade de um instrumento é necessário:

- Avaliar as mesmas pessoas em diferentes ocasiões, com os mesmos testes, ou um conjunto equivalente de itens (Anastasi, citado por Ribeiro 1999) – Teste-reteste. Neste trabalho de investigação, não é possível avaliar esta dimensão da fidelidade, pois é um estudo experimental onde foi elaborado o questionário e aplicada somente a esta amostra.
- Avaliar o grau de consistência ou concordância entre dois conjuntos de notas independentes, expressa-se por um coeficiente de correlação – Consistência interna, esta é encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens (Ribeiro, 1999).

Consistência Interna

Foi estudada a consistência interna nas subescalas do instrumento, excepto na 2ª e 3ª subescala que é constituída por um item apenas.

A 1ª subescala que avalia a adesão relativamente à experiência profissional é constituída por 4 itens em que o valor de **Alpha é 0,72**.

A 4ª subescala pretende avaliar a adesão dos doentes ao tratamento é constituída por 4 itens. Foi encontrado um valor de **Alpha 0,23**. Este valor é muito baixo o que permite concluir que estes itens não se relacionam entre si, apesar de supostamente avaliarem o mesmo construto.

A 5ª subescala analisa os factores que determinam a não adesão ao tratamento. É constituída por 24 itens divididos em 5 dimensões diferentes descritas no quadro 4, encontrando-se os valores de alpha para cada dimensão e o valor do alpha da subescala.

Quadro 4 Consistência interna por dimensões da 5ª subescala

Dimensões	Alpha
Relação com o doente	0,64
Relação com a doença	0,53
Relação com o tratamento	0,67
Relação com o sistema de saúde	0,58
Relação doente-prof. de saúde-sistema de saúde	0,69
Alpha Total	0,80

No quadro 4, a consistência interna da subescala, verificou-se que o item 10 não constitui de forma relevante, por isso foi retirado.

Analisando os resultados, verifica-se que os vários alphas das dimensões encontram-se entre 0,53 (sendo o valor mais baixo) e 0,69 (o valor mais alto), podendo considerar-se que os valores aceitam a consistência interna das dimensões. O alpha total é de 0,80 o que é considerado elevado, por conseguinte, nesta subescala foi encontrado um nível de consistência interna elevada.

Na 6ª subescala que analisa os factores facilitadores da promoção da adesão através de 5 itens cada um relacionado com um modelo de promoção de saúde, foi encontrado um valor de **Alpha 0,41**. Este valor é relativamente baixo o que permite concluir que os itens não têm relação entre si, apesar de teoricamente medirem o mesmo pressuposto.

A 7ª subescala pretende analisar a implementação e facilitação dos profissionais de saúde para que os doentes adiram ao tratamento, é constituída por 13 itens que se dividem em 3 dimensões diferentes, sendo cada dimensão baseado num modelo de comportamento de saúde.

No quadro 5 cada dimensão que vai ser denominada pela teoria em que se baseia e vai ter um respectivo alpha, no fim é encontrado o alpha total.

Quadro 5 Consistência interna por dimensões da 7ª subescala

Dimensões	Alpha
Modelo hipótese cognitiva	0,57
Modelo de representação de saúde	0,51
Modelo motivação para a protecção	0,41
Alpha total	0,72

Analisando o quadro 5, verifica-se que o alpha mais baixo é encontrado nos itens constituídos por pressupostos baseados no modelo de motivação para a protecção. O modelo da hipótese cognitiva apresenta um alpha de aproximadamente 0,60 o que já é considerado um nível de consistência interna aceitável. Quando foi encontrado o alpha da subescala, este apresentou um valor de consistência interna elevada.

Na 8ª subescala analisam-se os factores importantes para o doente no sentido de facilitar a adesão. É constituída por 12 itens divididos em 3 grupos ou dimensões, sendo cada uma baseada numa teoria comportamental de saúde para o qual vai ser encontrado um alpha.

Quadro 6 Consistência interna por dimensões da 8ª subescala

Dimensões	Alpha
Modelo crença de saúde	0,56
Modelo de auto-eficácia	0,43
Modelo comportamento planeado	0,70
Alpha total	0,71

Analisando o quadro 6, verifica-se que o alpha mais baixo foi encontrado no modelo de auto-eficácia e o alpha mais elevado foi encontrado no modelo de comportamento planeado. O alpha total da subescala é elevado, considerando assim um nível de consistência interna elevado nesta subescala.

Validade do Instrumento

A validade de um teste é uma questão básica relativamente ao valor real do teste. É a garantia que o teste mede o que se propõe medir (Ribeiro, 1999). A validade é referenciada particularmente para cada teste, que neste caso específico e pelas características do estudo foi feita a validade de conteúdo.

Validade de conteúdo

Todos os itens que foram construídos na escala de adesão foram baseados em pressupostos teóricos, recorrendo à bibliografia existente sobre o tema, nomeadamente a teoria sobre adesão das várias correntes comportamentais. Nesta construção dos itens houve a preocupação de aproximar a semântica de cada item aos modelos teóricos em que foram fundamentados.

Seguidamente foi criticado toda a construção dos itens com peritos relativamente à adequação destes à área em estudo. As indicações dos peritos foram importantes no reajustamento e formulação de alguns itens no questionário.

Foi efectuado um pré-teste junto de indivíduos pertencentes à população alvo do estudo, reajustando alguns acertos finais

PROCEDIMENTO

A recolha de dados da amostra foi efectuada nos meses de Maio e Junho de 2002, nos serviços de medicina interna do Subgrupo Hospitalar Capuchos/Desterro, aos médicos e enfermeiros dos referidos serviços, bem como aos fisioterapeutas dos Hospitais (Capuchos /Desterro, Curry Cabral, S^o José, Garcia da Horta, Égas Moniz, Sta Maria e Sta Marta).

Foi elaborada uma carta de pedido de autorização para a aplicação do questionário dirigida ao Conselho de Administração do Subgrupo Hospitalar Capuchos/Desterro, ao qual foi autorizado a realização do trabalho.

Seguidamente foi pedida autorização aos directores dos serviços de medicina interna, bem como ás enfermeiras chefes dos referidos serviços, no sentido de dar a conhecer o trabalho e pedir autorização para aplicar o questionário aos funcionários sob a sua direcção.

Também foi pedida autorização para aplicar o questionário em fisioterapeutas, aos coordenadores dos serviços de medicina física e reabilitação dos Hospitais já mencionados.

Foi pedido a cada secretária de unidade dos serviços de medicina interna que recebessem os questionários preenchidos dos médicos.

No caso dos médicos, foi pedido ao Director de cada serviço que no fim de uma das reuniões clínicas agendadas, o investigador pudesse apresentar o trabalho de investigação, os seus objectivos, a importância do estudo e todos os procedimentos para preencher o questionário. Foram tiradas dúvidas que poderiam existir e entregue pessoalmente a cada médico o questionário, que depois de devidamente preenchido deveria ser entregue à secretaria de unidade.

Aos enfermeiros foi pedido ao enfermeiro chefe que no fim da passagem de um turno da noite para a manhã (encontra-se o maior número de enfermeiros do serviço), fossem entregues os questionários pessoalmente a cada enfermeiro, depois de devidamente explicado a importância, a pertinência e os objectivos do estudo. No caso dos restantes enfermeiros que não poderão estar presentes por alterações dos turnos foi dado à enfermeira chefe os restantes questionários para posterior distribuir. A recolha do questionário foi realizada pelas enfermeiras chefes de cada serviço.

Aos fisioterapeutas foram entregues aos coordenadores de serviço de cada Hospital os questionários que depois estes distribuíam pelos fisioterapeutas pelos quais são responsáveis. Também ficou da responsabilidade dos coordenadores de serviço a recolha dos questionários.

Todos os questionários foram distribuídos em envelopes abertos que depois de devidamente preenchidos deveriam ser entregues fechados, para permitir o anonimato das respostas.

O instrumento é de auto preenchimento sem a presença do investigador. A primeira folha, destinava-se a informar os inquiridos sobre o estudo, a sua pertinência, os objectivos desta investigação. Também eram mencionados os procedimentos para o preenchimento do questionário e a liberdade individual de querer ou não participar no estudo, bem como assegurado o anonimato e sigilo de todas as informações.

Foram dados aos médicos 5 dias úteis para entregar os questionários, porque os questionários foram entregues pessoalmente nas reuniões clínicas. Aos enfermeiros foram dados 8 dias úteis devido às questões relacionadas com os turnos e por isso a ausências de alguns dias. Aos fisioterapeutas foi dado 8 dias úteis devido ao facto de ser o coordenador de serviço que distribuíam os questionários.

O tempo médio de preenchimento do questionário é de cerca de 15 minutos.

A cada sujeito foram fornecidos os instrumentos pela seguinte ordem: Primeiro o questionário demográfico, para recolha de dados pessoais, seguido-se do

questionário de adesão, iniciado com um subdivisão de caracterização da população da amostra em relação à sensibilidade sobre a adesão, seguida das restantes subdivisões do questionário que se destinam a avaliar as várias vertentes da percepção dos profissionais sobre a adesão dos doentes ao tratamento.

RESULTADOS

A partir das informações obtidas com os questionários, foi construído uma base de dados, tendo-se posteriormente procedido à análise estatística através do programa “ Statistical Package for the Social Sciences – SPSS”, versão 10.

Os dados relativos ao questionário demográfico foram tratados descritivamente tendo em consideração a distribuição de frequências pelas variáveis em estudo. Estes resultados foram já apresentados, quando da caracterização da amostra.

Os resultados da escala de adesão, foram submetidos a uma análise estatística descritiva para calcular as médias e os desvios padrão de cada item, de forma a permitir a posterior análise. Simultaneamente foi encontrada a média e o desvio padrão de cada subgrupo da escala de adesão, bem como nas subdivisões em que algumas subescalas são constituídas.

Posteriormente realizou-se a análise estatística dos dados. Sendo o estudo exploratório e as variáveis ordinais utiliza-se estatística paramétrica.

Segundo Ribeiro (1998) em estudos com variáveis ordinais podem utilizar-se as medidas estatísticas paramétricas porque estas chegam a resultados idênticos, utilizando medidas paramétricas ou não paramétricas.

Seguidamente verifica-se, em relação aos sexos, as diferenças significativas das médias para cada subescala criadas a partir da escala de adesão, utilizando o teste T-Student.

Para verificar as diferenças significativas quanto às médias das subescalas a partir da escala de adesão, em relação às profissões utiliza-se o teste Anova.

No final utiliza-se o teste da correlação de Pearson, para analisar a relação existente entre as variáveis em estudo sem haver manipulação destas mesmas variáveis.

Estatística Descritiva

Os cálculos realizados através da estatística descritiva foram realizados item a item, através de tabelas que são apresentadas e agrupadas pelas questões das subescalas. Na última célula de cada tabela é referenciado a média e o desvio padrão da soma os itens.

O quadro 7 descreve estatisticamente a média e o desvio padrão dos 4 itens da 1ª subescala.

Quadro 7 Estatística descritiva da 1ª subescala

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Q1	2,69	0,81
Q2	2,10	0,81
Q3	2,05	0,76
Q4	2,90	0,75
Total	9,75	2,30

No quadro 7, em que se pretende caracterizar a adesão relativamente à experiência profissional, verifica-se que as questões 2 e 3 foram aquelas que registaram um maior número de inquiridos que responderam pouco frequentemente. A questão 2 pretendia constatar a frequência de informação escrita sobre adesão que tinha sido veiculada aos profissionais de saúde através de artigos, publicações ou outros eventos escritos na área da sua profissão. A questão 3 referia-se aos temas de adesão que eram expostos oralmente em congressos ou encontros profissionais. Conclui-se assim que os profissionais de saúde percebem que existe pouca informação (escrita e oral) sobre adesão ao tratamento nas suas áreas profissionais, bem como as questões da adesão ao tratamento são pouco referidas na suas práticas profissionais.

A questão nº 5, constituída pela percepção dos profissionais de saúde sobre a adesão é representada através da figura nº 10.

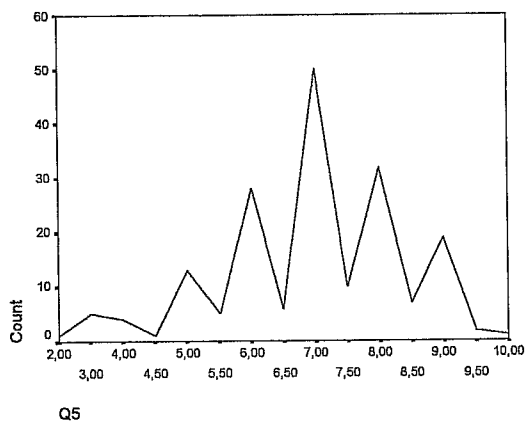


Figura Nº 10 Percepção da adesão

Através da figura nº 10, verifica-se que a maioria dos inquiridos, numa escala de 0 a 10 em relação à sua percepção de adesão dos doentes ao tratamento, regista uma adesão em média de 7, estando os valores 6 e 8 sensivelmente ao mesmo nível logo abaixo do nível mais elevado. Tendencialmente a adesão aos tratamentos é percebida acima do valor médio da escala (5).

A Questão nº 6, constituída pela 3ª subescala, pretende verificar quais das 3 conceptualizações de adesão é a mais representativa na amostra, o que poderá ser visualizado através da figura nº 11.

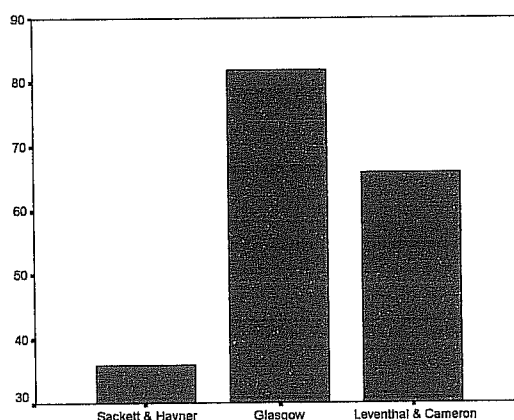


Figura- 11 Conceptualização da Adesão

Através da figura nº 11, verifica-se que o conceito de adesão mais referenciado pelos inquiridos foi o conceito de Glasgow, o qual atribui a adesão ao tratamento ao conjunto de comportamentos realizados pelo doente no sentido de melhorar o seu estado clínico, seguido do conceito de Leventhal & Cameron. O conceito de Sackett & Hayner registou pouca adesão.

O quadro 8 representa os resultados da 4ª subescala que vai avaliar a adesão dos doentes ao tratamento, através de 4 modalidades diferentes de avaliação, encontrando a média e o desvio padrão de cada item e a soma total

Quadro 8 Estatística descritiva da 4ª subescala

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Q7.1	2,43	0,77
Q7.2	2,85	0,78
Q7.3	3,08	0,72
Q7.4	3,53	0,57
Total	11,90	1,61

No quadro 8 verifica-se que a questão 7.1 registou na maioria dos inquiridos, que a avaliação da adesão através de contagem da medicação era pouco importante, contrariamente à questão 7.4, em que se avalia a adesão através de indicadores do estado de saúde do doente e que foi considerada muito importante pela maioria dos profissionais de saúde. Na totalidade os inquiridos percebem como importante a avaliação da adesão ao tratamento.

A subescala nº5 que analisa os factores que determinam a não adesão ao tratamento, está dividida em 5 dimensões que serão analisadas através da estatística descritiva por 5 quadros distintos.

O quadro 9 analisa através, da estatística descritiva, a 1ª dimensão da 5ª subescala. Esta verifica a importância de alguns factores que determinam a não adesão ao tratamento em relação aos doentes.

Quadro 9 Estatística descritiva da 1 dimensão da 5ª subescala

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Q8.1	3,60	0,53
Q8.2	3,10	0,72
Q8.3	3,54	0,56
Q8.4	3,22	0,67
Q8.5	3,18	0,67
Q8.6	3,24	0,61
Q8.7	2,98	0,69
Q8.8	3,28	0,70
Q8.9	3,25	0,67
Total	29,41	3,09

Verifica-se através do quadro 9, que as questões 8.1 e 8.3, registaram médias elevadas, percepcionadas como de muita importância para a maioria dos inquiridos. A questão 8.1 refere-se às características psicológicas dos doentes e a questão 8.3 refere-se à incapacidade por parte dos doentes, de entender a informação. Estes são as questões relacionadas com o doente que são referenciadas pelos inquiridos como de maior importância. No total os inquiridos percepcionam como muito importante os factores relacionados com o doente para a não adesão ao tratamento

O quadro 10 analisa, através da estatística descritiva, a 2ª dimensão da 5ª subescala que verifica a importância de alguns factores que determinam a não adesão ao tratamento em relação à doença.

Quadro 10 Estatística descritiva da 2ª dimensão da 5ª subescala

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Q8.11	2,83	0,66
Q8.12	3,07	0,55
Q8.13	3,18	0,61
Total	9,08	1,32

Nesta dimensão da 5ª subescala, verifica-se que a maioria dos inquiridos respondeu, como importante a doença em relação aos factores que determinam a não adesão ao tratamento.

O quadro 11 analisa, através da estatística descritiva, a 3ª dimensão da 5ª subescala que verifica a importância de alguns factores que determinam a não adesão ao tratamento em relação aos tratamentos que são prescritos.

Quadro 11 Estatística descritiva da 3ª dimensão da 5ª subescala

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Q8.14	3,10	0,67
Q8.15	2,60	0,79
Q8.16	3,19	0,62
Q8.17	2,82	0,76
Total	11,72	2,03

Através dos resultados obtidos do quadro 11, verifica-se que todas as questões relacionadas com a importância dos tratamentos prescritos são percebidas como importantes, para determinar os factores da não adesão ao tratamento. Excepto a questão 8.15, que se refere a tratamentos de curta duração em que a maioria dos inquiridos referiu como pouco importante.

O quadro 12 analisa, através da estatística descritiva, a 4ª dimensão da 5ª subescala que verifica a importância de alguns factores que determinam a não adesão ao tratamento em relação ao sistema de saúde.

Quadro 12 Estatística descritiva da 4ª dimensão da 5ª Subescala

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Q8.18	3,24	0,63
Q8.19	3,10	0,75
Q8.20	3,14	0,79
Total	9,48	1,61

Pode-se verificar que a maioria dos profissionais de saúde respondeu como importante, a relação do sistema de saúde com os factores determinantes da não adesão dos doentes ao tratamento.

O quadro 13 analisa, através da estatística descritiva, a 5ª dimensão da 5ª subescala que verifica a importância de alguns factores que determinam a não adesão ao tratamento em relação à inter-relação dos profissionais de saúde com os doentes

Quadro 13 Estatística descritiva da 5ª dimensão da 5ª Subescala

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Q8.21	3,55	0,57
Q8.22	3,29	0,61
Q8.23	3,26	0,67
Q8.24	3,07	0,73
Total	13,18	1,88

O quadro 14 permite verificar que a maioria dos inquiridos respondeu como importante a relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os doentes para determinar os factores de não adesão dos doentes ao tratamento. No entanto referem como muito importante o item 8.21 em que a comunicação não adequada entre os profissionais e os doentes é um factor determinante para a não adesão dos doentes ao tratamento.

A soma dos 5 subgrupos da 5ª subescala registou uma $M=72,88$ e o $DP=6,72$.

A 6ª subescala é constituída por diferentes teorias que determinam os factores que vão facilitar a promoção da adesão ao tratamento. Para cada uma destas diferentes teorias é verificado o grau de importância que foi percebida pelos inquiridos.

Quadro 14 Estatística descritiva da 6ª Subescala

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Q9.1	2,45	0,77
Q9.2	3,63	0,50
Q9.3	3,65	0,52
Q9.4	3,49	0,59
Q9.5	3,56	0,57
Total	16,77	1,63

Através do quadro 14 conclui-se que os profissionais de saúde percebem como pouco importante o papel de protecção em relação ao doente, devendo este seguir as directrizes recomendada por eles. Esta perspectiva está de acordo com o modelo biomédico e foi percebida pelos inquiridos, como pouco importante. As restantes questões baseadas respectivamente no modelo de aprendizagem social, no modelo comunicacional, no modelo de crença racional e teoria dos sistemas são percebidas como muito importantes, para a promoção da adesão dos doentes ao tratamento.

A 7ª subescala determina os factores de implementação e facilitação dos profissionais para que os doentes adiram ao tratamento, baseados em alguns modelos de comportamentos de saúde. É constituída por 13 itens organizados em 3 dimensões representando cada uma um modelo de comportamento de saúde.

O quadro 15 refere-se à 1ª dimensão da 7ª subescala em que os itens são representativos do Modelo de Hipótese Cógnitiva de Ley. Neste caso é dada maior importância à informação que os profissionais de saúde dão aos doentes

Quadro 15 Estatística descritiva da 1ª Dimensão da 7ª Subescala

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Q10.1	3,52	0,55
Q10.2	3,53	0,54
Q10.3	3,24	0,60
Q10.4	2,70	0,92
Q10.5	3,11	0,61
Q10.6	3,38	0,55
Q10.7	3,40	0,56
Q10.8	3,30	0,58
Total	26,17	2,50

Os inquiridos percebem como importante as questões relacionadas com este modelo. No entanto, foi destacada como muito importante a questão 10.1, cujo conteúdo referencia com maior relevo a explicação da importância da adesão no sentido de implementar e facilitar a adesão dos doentes ao tratamento. Na totalidade

os profissionais de saúde percebem as questões da informação dada ao doente como muito importante para implementar e facilitar a adesão ao tratamento.

O quadro 16 é constituído pela 2ª dimensão da 7ª subescala com 3 itens representativos do Modelo de Representação de Saúde de Leventhal, que dá maior ênfase às crenças individuais dos doentes sobre o seu estado de saúde.

Quadro 16 Estatística descritiva da 2ª Dimensão da 7ª Subescala

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Q10.9	3,19	0,60
Q10.10	3,14	0,58
Q10.11	3,51	0,58
Total	9,84	1,26

Nesta dimensão, foi percebido como importante pelos inquiridos no sentido de implementar e facilitar a adesão dos doentes ao tratamento. Salienta-se, no entanto, o item 11 no qual é referenciado como muito importante o envolvimento dos familiares e amigos na situação da doença.

O quadro 17 referido à 3ª dimensão da 7ª subescala é constituído por 2 itens representativos do Modelo da Motivação para a Protecção de Roger que defende a questão da motivação como factor muito importante para a implementação de comportamentos de saúde incluindo a adesão ao tratamento.

Quadro 17 Estatística descritiva da 3ª Dimensão da 7ª Subescala

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Q10.12	3,19	0,60
Q10.13	3,14	0,58
Total	7,12	0,77

O Modelo da Motivação para a Protecção é percebido como muito importante pelos profissionais de saúde. Nomeadamente o item 13 que refere a motivação do doente para a adesão ao tratamento no sentido de melhorar o seu estado de saúde foi referido como um elemento determinante para facilitar a adesão.

Nesta subescala foi encontrada a média e o desvio padrão: $M=43,13$ e o $DP=3,72$

A 8ª subescala referencia alguns factores que são importantes, do ponto de vista do doente, no sentido de facilitar a adesão ao tratamento, baseados em suporte teórico de vários modelos comportamentais. É constituído por 12 itens dividindo-se em 3 dimensões representando cada uma delas por um modelo de comportamento de saúde.

O quadro 18 constituído pela 1ª dimensão da 8ª subescala representa os itens que são baseados no Modelo de Crenças de Saúde. Este modelo dá maior importância às crenças de gravidade, vulnerabilidade, benefícios e barreiras que os doentes têm.

Quadro 18 Estatística descritiva da 1ª Dimensão da 8ª Subescala

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Q11.1	2,76	0,74
Q11.2	3,06	0,63
Q11.3	2,91	0,62
Q11.4	3,68	0,47
Q11.5	2,88	0,71
Total	15,29	1,94

Estes itens são percebidos pelos inquiridos como importantes para o doente no sentido deste aderir ao tratamento, salientando o item 11.4 que se refere à importância do doente acreditar nos benefícios da adesão ao tratamento e é referido como um factor muito importante no sentido de facilitar a adesão.

O item 6 não é referido como subescala encontrando-se só e representa o Modelo da Motivação para a Protecção.

O quadro 19 é constituído pela 2ª dimensão da 8ª subescala. É representativo do Modelo de Auto-eficácia de Bandura. Estes 3 itens tem como objectivo perceber a importância das expectativas que o doente tem em relação ao tratamento.

Quadro 19 Estatística descritiva da 2ª Dimensão da 8ª Subescala

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Q11.7	3,45	0,57
Q11.8	3,59	0,53
Q11.9	3,22	0,61
Total	10,26	1,17

Os itens 7 e 8 são percebidos como muito importantes na facilitação da adesão ao tratamento, na medida em que os comportamentos de não adesão poderão ter consequências graves e o contrário dar-lhes-á resultados de saúde mais satisfatórios. Na totalidade regista-se um nível de percepção elevado na adesão, no que diz respeito à importância das expectativas com o tratamento.

O quadro 20 é constituído pela 3ª dimensão da 8ª subescala. É representativo do Modelo de Comportamento Planeado de Ajzen que dá maior relevo ao papel das cognições sociais, nas normas subjectivas.

Quadro 20 Estatística descritiva da 3ª Dimensão da 8ª Subescala

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Q11.10	3,60	0,54
Q11.11	3,16	0,73
Q11.12	3,39	0,63
Total	10,15	1,51

Os itens 10, 11 e 12 que representam o Modelo do Comportamento Planeado, são referidos pelos inquiridos como importantes na facilitação da adesão ao tratamento. O item 11.10 que se refere ao facto dos doentes acreditarem que a adesão ao tratamento irá melhorar o seu estado de saúde é indicado como factor muito importante na adesão ao tratamento.

Na totalidade da 8ª subescala foi encontrada a média e o desvio padrão: $M=39,08$ e o $DP=3,62$.

ANÁLISE ENTRE AS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E AS DIMENSÕES DA ESCALA DE ADESÃO

Das variáveis demográficas estudadas, o sexo e a profissão são as mais relevantes para esta investigação.

Para a análise da relação existente entre a variável sexo e as várias dimensões da escala de adesão, utilizou-se o teste t-student. O quadro 21 analisa em relação às médias, qual o grau de significância encontrado.

Quadro 21 Dimensões Importantes em Relação ao Sexo

Dimensão	Sexo	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
P9	Fem.	25,27	65,26	0,009***
	Mas.	26,42		

P9- Facilitação da adesão dos doentes ao tratamento implementada pelos profissionais de saúde, segundo as teorias de Ley

Esta dimensão corresponde aos 8 primeiros itens da 7ª subescala. Estes itens foram realizados segundo o Modelo da Hipótese Cognitiva de Ley que avaliam a importância da informação dada aos doentes no sentido de implementar e facilitar a adesão ao tratamento. Verifica-se, neste caso, que existe uma diferença significativa entre os sexos, considerando o sexo masculino maior importância à informação dada aos doentes no sentido de facilitar a adesão ao tratamento.

Análise da relação existente entre a variável profissão (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas), para as dimensões da escala de adesão utilizou-se o teste Anova. Nos quadros 22,23,24,25 e 26 analisa em relação às médias, qual o grau de significância encontrado.

Quadro 22 Dimensão P 1 em Relação à Profissão

Dimensão	Profissão	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
P1	Médico	11,00	8,79	0,0001****
	Enfermeiro.	9,15		
	Fisioterapeuta	9,57		
P1- Experiência profissional sobre o tema da adesão				

Esta dimensão diz respeito à frequência com que as questões sobre adesão têm sido levantadas durante a prática profissional. Verifica-se que existem diferenças muito significativas entre estas profissões. Conclui-se através dos resultados obtidos, que os médicos são os profissionais de saúde em que são levantadas com maior frequência, as questões relacionadas com a adesão dos doentes ao tratamento.

Quadro 23 Dimensão P 5 em Relação à Profissão

Dimensão	Profissão	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
P5	Médico	12,70	9,45	0,0001****
	Enfermeiro.	11,93		
	Fisioterapeuta	11,12		
P5- Factores relacionados com os tratamentos, responsáveis pela não adesão				

Esta dimensão diz respeito a um subgrupo da 5ª subescala. Esta subescala avalia os factores que determinam a não adesão ao tratamento e nesta dimensão específica avaliam-se os factores relacionados com os tratamentos. Verifica-se que existem diferenças muito significativas entre os grupos profissionais. Neste caso, os médicos são os profissionais de saúde que mais importância dão às questões relacionadas com os regimes de tratamento, como factor determinante na não adesão ao tratamento.

Quadro 24 Dimensão P8 em Relação à Profissão

Dimensão	Profissão	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
P8	Médico	16,05		
	Enfermeiro.	17,22	6,53	0,02*
	Fisioterapeuta	16,81		

P8- Facilitadores da promoção da adesão

Esta dimensão analisa a importância de facilitar a promoção da adesão ao tratamento. Verifica-se que existem diferenças significativas entre os grupos profissionais. Neste caso os enfermeiros são os profissionais de saúde que maior importância dão à facilitação da promoção dos doentes ao tratamento.

Quadro 25 Dimensão P10 em Relação à Profissão

Dimensão	Profissão	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
P10	Médico	9,17		
	Enfermeiro.	9,93	7,89	0,01**
	Fisioterapeuta	10,08		

** $P \ll 0,01$

Esta dimensão encontra-se na 7ª subescala que analisa a importância da implementação e facilitação dos profissionais de saúde para os doentes aderirem ao tratamento. Nesta dimensão específica a análise é realizada segundo o Modelo de Representação de Saúde de Leventhal (cognições que os doentes têm acerca da sua doença). Verifica-se que existem diferenças significativas entre os grupos profissionais. Neste caso os fisioterapeutas são o grupo profissional que maior importância atribui às cognições que os doentes têm, em relação à sua doença, no sentido de facilitar a adesão ao tratamento

Quadro 26 Dimensão P13 em Relação à Profissão

Dimensão	Profissão	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
P13	Médico	9,65	7,72	0,01**
	Enfermeiro.	10,36		
	Fisioterapeuta	10,48		

P13- Factores importantes para o doente, na facilitação da adesão, segundo a teoria de Bandura

Esta dimensão encontra-se na 8ª subescala que analisa os actores mais importantes para o doente no sentido de facilitar a adesão ao tratamento. Nesta dimensão específica, a análise é realizada segundo o Modelo de Auto-eficácia de Bandura (expectativas que os doentes têm em relação ao tratamento). Verificam-se diferenças significativas entre os grupos profissionais. Também neste caso os fisioterapeutas são os profissionais que maior importância dão às expectativas que o doente tem acerca do tratamento, como factor importante para a facilitação dos doentes ao tratamento.

Quadro 27 2ª Subgrupo em Relação à Profissão

Dimensão	Profissão	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
P2	Médico	6,84	12,26	0,0001****
	Enfermeiro.	6,30		
	Fisioterapeuta	7,44		

P2- Percepção dos profissionais, sobre a adesão dos seus doentes aos tratamentos

Na análise efectuada da 2ª dimensão da escala de adesão que mede, numa escala de 0 a 10, o nível de adesão dos doentes ao tratamento. Verifica-se que existem diferenças muito significativas na percepção que os profissionais têm da adesão dos seus doentes ao regime de tratamento. Pode-se concluir através do quadro

27 que os fisioterapeutas são aqueles que percebem maior adesão dos seus doentes aos tratamentos.

Quadro 28 3ºSubgrupo em Relação à Profissão

Count

		PROFIS			Total
		Médicos	Enferm.	Fisiot.	
Q6	Médicos	16	18	2	36
	Enferm.	17	23	42	82
	Fisiot.	7	18	41	66
Total		40	59	85	184

$$X^2 = P < 0,0001$$

O quadro 28 analisa os resultados da questão 6 que constitui o 3º subgrupo. Nesta questão pretende-se analisar, dentro de três opções conceptuais de adesão, quais foram aquelas que os diferentes profissionais perceberam como mais próximas da sua concepção de adesão. Verifica-se que existem diferenças muito significativas entre os grupos profissionais, constatando-se que os médicos optaram pela conceptualização de adesão defendida por Glasgow et al; os enfermeiros e os fisioterapeutas mais significativamente para os fisioterapeutas, optaram pela terceira conceptualização de Leventhal e Cameron.

ANÁLISE DOS ITENS MAIS SIGNIFICATIVOS EM RELAÇÃO ÀS PROFISSÕES

Foi realizada, numa primeira, fase a estatística descritiva para cada item no sentido de verificar quais os itens de cada subescala que registavam médias superiores e conseqüentemente aqueles que foram percebidos pelos profissionais de saúde como muito importantes para adesão ao tratamento. Foi analisado em seguida a existência de diferenças significativas entre os grupos profissionais e foram encontradas diferenças em alguns deles, que serão identificados nos quadros seguintes.

Quadro 29 Item 9.2 em relação à Profissão

Item	Profissão	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
	Médico	3,42		
9.2	Enfermeiro.	3,75	5,33	0,05*
	Fisioterapeuta	3,64		

Item 9.2- Profissionais de saúde devem ensinar aos doentes os procedimentos que deveram realizar, através de um processo de ensino continuado.

Neste caso existe diferenças significativas entre os grupos profissionais, verificando-se que os enfermeiros são o grupo profissional que dá maior importância ao ensino dos procedimentos no sentido de implementar e facilitar a adesão.

Quadro 30 Item 10.11 em relação à Profissão

Item	Profissão	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
10.11	Médico	3,12	12,80	0,0001****
	Enfermeiro.	3,64		
	Fisioterapeuta	3,60		

Item 10.11- Envolver os familiares, amigos e outras pessoas próximas da situação de doença.

Este item pertence à 7ª subescala na 2ª dimensão que analisa, segundo a teoria de Leventhal, a importância do envolvimento familiar e dos amigos na facilitação da adesão ao tratamento. Neste caso verificam-se diferenças muito significativas entre os grupos profissionais, verificando-se que os enfermeiros são o grupo profissional que maior importância atribui.

Quadro 31 Item 10.13 em relação à Profissão

Item	Profissão	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
10.13	Médico	3,12	4,87	0,009***
	Enfermeiro.	3,64		
	Fisioterapeuta	3,60		

Item 10.13- Motivar o doente em relação à adesão, no sentido em que esta é determinante para melhorar o seu estado de saúde.

Este item diz respeito à teoria de Roger no qual é atribuída importância na adesão ao tratamento à motivação para o doente aderir aos tratamentos. Verifica-se que existem diferenças significativas nos grupos profissionais, registando-se também aqui maior importância da parte dos enfermeiros do que dos outros profissionais.

Quadro 32 Item 11.8 em relação à Profissão

Item	Profissão	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
11.8	Médico	3,30	8,54	0,0001****
	Enfermeiro.	3,63		
	Fisioterapeuta	3,70		

Item 11.8- Aderir ao tratamento poderá obter resultados mais satisfatórios em relação ao seu estado de saúde.

Neste caso existem diferenças muito significativas entre os grupos profissionais, verificando-se que os fisioterapeutas são os profissionais que maior importância dão as crenças sociais defendidas por Bandura. No item 11.8, quando os doentes percebem que aderindo ao tratamento irão obter melhores resultados em saúde, facilita-se e implementa-se a adesão ao tratamento.

ID	AP	AH	Q5	Q6	Q10.6	P1	P2	P3	P4	P5	P6
6	0,86**	0,81**	0,12	-0,09	0,12	0,11	-0,10	-0,15	0,03	0,04	0,0
		0,89**	0,14	-0,03	0,12	0,08	-0,10	-0,14	0,02	0,05	0,0
			0,17**	-0,05	0,16*	0,12	-0,10	-0,09	0,10	0,09	0,0
				0,11	-0,02	-0,13	-0,04	0,05	0,08	-0,01	-0,0
					0,08	0,05	0,05	0,16*	-0,04	-0,15	0,0
						0,12	0,11	0,22**	0,20**	0,15*	0,1
							-0,08	0,04	0,01	0,11	0,0
								0,20**	0,16*	0,15*	-0,0
									0,43**	0,26*	0,2
										0,36**	0,2
											0,0

0,01
<0,05

- idade
- anos de profissão
- anos hospital
- percepção dos profissionais de saúde sobre adesão
- conceptualização da adesão
- ajudar o indivíduo a lidar com os sintomas da doença
- adesão relativamente à experiência profissional
- avaliação da adesão dos doentes ao tratamento
- factores que determinam a não adesão relativamente ao doente
- factores que determinam a não adesão relativamente ao doente
- factores que determinam a não adesão relativamente ao tratamento
- factores que determinam a não adesão relativamente ao sistema de saúde
- factores que determinam a não adesão relativamente à interacção entre profissionais e doentes
- facilitadores da promoção da adesão
- implementação e facilitação da adesão dos doentes ao tratamento segundo Ley
- implementação e facilitação da adesão dos doentes ao tratamento segundo Leventhal
- implementação e facilitação da adesão dos doentes ao tratamento segundo Roger
- factores importantes para o doente no sentido de facilitar a adesão segundo Becker
- factores importantes para o doente no sentido de facilitar a adesão segundo Bandura
- factores importantes para o doente no sentido de facilitar a adesão segundo Ajzen
- implementação e facilitação da adesão dos doentes ao tratamento
- factores importantes para o doente no sentido de facilitar a adesão
- factores que determinam a não adesão

Correlação entre Variáveis

Esta análise associa os valores da caracterização da amostra com as várias dimensões do estudo e as dimensões entre si, utilizando a correlação de Pearson, referido no quadro 34.

Numa análise em relação às correlações entre as características da amostra, verificam-se índices de correlação entre a idade e os anos de profissão, a idade e os anos de hospital, bem como entre os anos de profissão e os anos de hospital.

Em relação à correlação entre as características da amostra e as dimensões da escala de adesão, verifica-se que existem índices de correlação entre os anos de hospital e o conceito de adesão e entre a idade dos inquiridos e a importância das características psicológicas do doente na não adesão aos tratamentos.

Na questão 6, constituída pelos conceitos de adesão verificam-se índices elevados de correlação entre:

- A dimensão que atribui às características dos doentes importância para a não adesão aos tratamentos.
- A dimensão que atribui responsabilidades aos regimes de tratamentos como factor importante e determinante para minimizar a não adesão aos tratamentos.
- A dimensão que atribui importância à inter-relação estabelecida entre os doentes e os profissionais de saúde, como factor importante para minimizar a não adesão aos tratamentos.
- A dimensão que dá maior importância às construções cognitivas que os doentes fazem acerca da sua doença, como factor importante no sentido de implementar a adesão.
- A dimensão que dá importância às expectativas com os tratamentos, enquanto factor importante na implementação da a adesão.

No que diz respeito à avaliação da adesão dos doentes aos tratamentos, verifica-se que existem índices de correlação entre todas as outras dimensões da escala de adesão. No entanto entre esta dimensão e as características da amostra não se verifica correlação.

Em relação à dimensão que estuda os factores determinantes para não adesão dos doentes aos tratamentos, verifica-se que existem índices de correlação entre os subgrupos desta dimensão, bem como, entre esta, e as restantes dimensões da escala de adesão, excepto no subgrupo que estuda os factores determinantes para a não adesão relativamente ao tratamento, não se verificando neste caso, correlação.

Entre as dimensões que estudam a implementação e facilitação dos doentes ao tratamento e os factores importantes para o doente, no sentido de facilitar a adesão, verificam-se índices de correlação, não só, entre os subgrupos das respectivas dimensões, como também entre as duas dimensões.

Em relação aos elevados índices de correlação encontrados entre as várias dimensões da escala de adesão que se pode visualizar no quadro 33, vêm confirmar a relação existente entre as várias dimensões da escala de adesão.

DISCUSSÃO

Através dos resultados obtidos neste trabalho de investigação, conclui-se que os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) percebem que nas suas práticas profissionais, as questões sobre a adesão são pouco referenciadas, bem como o tema é pouco veiculado em artigos científicos e congressos profissionais, apesar daqueles considerarem muito importantes a referência ao tema, tanto nas práticas profissionais como em artigos sobre adesão ao tratamento.

No entanto, os médicos são o grupo profissional que maior importância atribui às questões relacionadas com a adesão ao tratamento e maior necessidade demonstraram em aprofundar o tema, durante as suas práticas profissionais. Esta questão vem ao encontro do artigo publicado por Lacerda (1999) que defende a importância cada vez maior, nas práticas médicas, da adesão dos doentes aos tratamentos prescritos.

Em relação à percepção que os profissionais têm da adesão dos doentes aos seus tratamentos, verifica-se que a maioria dos profissionais inquiridos, percebem níveis de adesão acima da média. Contudo os fisioterapeutas são o grupo profissional que maior percepção tem da adesão dos doentes aos tratamentos. Segundo Marteau e Johnston (1990), os fisioterapeutas esquematizam o seu programa de tratamentos mediante avaliações sistemáticas, reajustando prementemente as suas práticas, mediante diferentes reflexões e consequentes reajustes ao plano de tratamento, durante todo o seu processo de intervenção profissional.

O primeiro objectivo do estudo, pretendia identificar o conceito de adesão nos vários grupos profissionais. Os resultados indicam que a maioria dos profissionais adoptou o conceito de Glasgow et al (1987), no qual defende a obrigação dos doentes para a realização dos procedimentos que são indicados pelos profissionais de saúde, no sentido de obter resultados clínicos positivos. Quando foram estudados os conceitos de adesão entre os grupos profissionais, verificou-se que os médicos continuavam a ser o grupo profissional que aderiu convictamente ao conceito de Glasgow, mas os enfermeiros e especialmente os fisioterapeutas adoptaram o conceito de Leventhal e Cameron (1987), que defende a importância da implementação de estratégias pessoais pelos doentes no sentido de melhorar o seu

estado de saúde. Neste caso os médicos defendem um conceito no qual os doentes devem seguir os procedimentos que os profissionais aconselham. Esta perspectiva vêm ao encontro das concepções defendidas por Faria (1999). Os enfermeiros e os fisioterapeutas adoptaram um conceito mais direccionado para as estratégias adquiridas pelos doentes, no sentido de controlar o seu estado de saúde.

A importância da avaliação da adesão aos tratamentos, que constitui o segundo objectivo do estudo, verifica-se através dos resultados obtidos relativamente ao facto de todos os profissionais percepcionarem, que as estratégias mais importantes de avaliação da adesão, são os indicadores do estado de saúde do indivíduo.

Em relação aos factores responsáveis pela não adesão dos doentes ao tratamento, que constitui o terceiro objectivo do estudo, os resultados obtidos indicam que um dos responsáveis pela não adesão dos doentes são as características psicológicas do doente. Esta concepção foi defendida por Serafino (1990), no qual relaciona a não adesão aos tratamentos, com algumas características emocionais e cognitivas de determinados doentes. Outro dos factores que foi determinados como responsáveis pela não adesão, é a incapacidade de alguns doentes entenderem a informação transmitida pelos profissionais de saúde. Esta perspectiva também é defendida por (Weinmam,1997), associada aos aspectos cognitivos mais pobres de determinados doentes, particularmente à dificuldade que alguns indivíduos têm, para compreender as informações que são transmitidas durante a consulta. Por último foi referido como factor significativo para a não adesão a comunicação inadequada entre profissionais de saúde e doente. A questão das dificuldades de comunicação entre os profissionais e doentes foi estudada por Ley (1981) através do Modelo da Hipótese Cognitiva, no qual se considera que melhorando a comunicação durante os encontros entre os profissionais e os doentes, obtêm-se índices mais elevados de satisfação nos doentes e consequentemente melhora significativamente a adesão dos doentes aos tratamentos. Também Turk e Meichenbaum (1991), defendem a importância da comunicação como factor promotor da adesão dos doentes ao tratamento e ainda, Taylor (1995) refere que as dificuldades de comunicação entre profissionais e doentes é o factor de maior responsabilidade pela não adesão aos tratamentos e pela insatisfação dos doentes com os cuidados de saúde.

Ainda em relação aos factores responsáveis pela não adesão ao tratamento, quando foram estudadas as diferenças entre o vários grupos profissionais, verificou-se que os médicos são os profissionais que atribuem maior importância aos problemas relacionados com os regimes e complexidade dos tratamentos, como factor responsável pela não adesão. Este problema foi evidenciado por Lacerda (1999), que atribui responsabilidades acrescidas, à complexidade dos regimes de tratamento, bem como às dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. O mesmo refere Faria (1999) em relação às dificuldades na adesão a tratamentos complexos e prolongados. Também Taylor (1999) refere que regimes de tratamento complexos e de longa duração, são mais difíceis de serem implementados, verificando-se índices de não adesão muito elevados.

Outro resultado importante que foi encontrados neste trabalho de investigação e no que diz respeito aos factores responsáveis pela não adesão é o facto dos homens desta investigação, percepcionarem como muito importante o papel da informação transmitida aos doentes no sentido de diminuir a não adesão ao tratamento e as mulheres não dão especial importância às questões da informação.

Em relação ao quarto objectivo do estudo, que pretendia determinar os factores que facilitam a promoção da adesão aos tratamentos, os resultados encontrados no estudo revelam que todos os profissionais de saúde dão muita importância a todas as diferentes estratégias de promoção da adesão, ou seja, à educação, à comunicação, às crenças nos benefícios para a saúde e às necessidade do doente percepcionar o seu estado de saúde. O único conceito no qual os profissionais não dão especial importância para a promoção da adesão incidiu sobre o Modelo Biomédico.

No entanto, quando estudámos a promoção da adesão nos diferentes grupos profissionais, verificou-se que os enfermeiros são os profissionais de saúde que maior importância atribuem à promoção da adesão. Estes resultados vêm ao encontro do artigo de Vandal (1999), em que salienta o papel do enfermeiro como educador e promotor de comportamentos de saúde para a população.

Nas estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde no sentido de implementar a adesão dos doentes aos tratamentos, constituindo o quinto objectivo do estudo, foram referenciados três modelos comportamentais de saúde com estratégias diferentes de implementação da adesão aos tratamentos. Curiosamente os profissionais de saúde não optaram por nenhum modelo específico, referindo como mais importante alguns aspectos de cada um dos modelos.

Em relação ao Modelo da Hipótese Cognitiva de Ley, os profissionais referiram como muito importante a explicação dada aos doentes acerca da importância da adesão, reforçando o papel do profissional como educador. Esta perspectiva está de acordo com a Teoria Educacional, na qual os profissionais assumem o papel de conhecedores de todos os factores que vão beneficiar o doente, no sentido deste adquirir melhorias do seu estado de saúde ou evitar situações de agravamento da situação (Marteau & Johnston, 1990).

Em relação ao Modelo de Representação da Doença de Leventhal e Cameron, foi referido como factor mais importante para implementar a adesão, o envolvimento familiar e dos amigos no processo de tratamento dos doentes. Este aspecto também é referido por Serafino (1990), que atribui muita importância ao suporte social na adesão ao tratamento, referindo que, quando os doentes percebem níveis de suporte social satisfatórios, especialmente por parte dos familiares e amigos, os índices de adesão aos tratamentos são elevados.

Em relação ao Modelo da Motivação para a Protecção de Roger, os profissionais perceberam como muito importante a motivação do doente para aderir ao tratamento.

Quando foram estudados, por grupos profissionais, os factores que facilitam a implementação da adesão, verificou-se que os enfermeiros são o grupo profissional que maior importância atribui a estes factores.

Quando estudámos os vários modelos em relação aos grupos profissionais, os resultados obtidos mostraram que os fisioterapeutas atribuíam maior importância, ao Modelo de Representação da Saúde, no qual reforça a ideia que um indivíduo perante

uma situação de doença, vai desenvolver um conjunto de reacções comportamentais no sentido de restabelecer o seu bem estar físico. Neste caso, os indivíduos em processo de reabilitação física, vão desenvolver um conjunto de procedimentos no sentido de melhorar as sua performances, sendo a adesão ao tratamento uma estratégia adaptada.

As estratégias que os doentes adquirem, no sentido de facilitar e implementar adesão ao tratamento, constituem o sexto objectivo de estudo. Neste caso foi construído um conjunto de itens baseado em três modelos de comportamento, com perspectivas comportamentais diferentes em relação à adesão. Tal como anteriormente, os profissionais não perceberam nenhum modelo em particular, mas referem alguns aspectos dos três modelos, como muito importantes.

Em relação ao Modelo de Crenças de Saúde de Becker, foi percebido como muito importante, a percepção por parte dos doentes dos benefícios para o seu estado de saúde, se aderirem ao tratamento.

Em relação ao Modelo de Auto-eficácia de Bandura, foi referido como muito importante, o doente perceber que o facto de não aderir ao tratamento terá consequências de saúde graves.

Em relação ao Modelo do Comportamento Planeado de Ajzen, o facto do doente acreditar que se aderir ao tratamento terá consequências mais positivas no seu estado de saúde é percebido pelos profissionais de saúde como um factor facilitador de adesão.

Quando foram estudados os modelos em relação aos grupos profissionais, verificou-se que os fisioterapeutas foram os profissionais que maior importância atribuíam ao modelo de Bandura, a percepção do doente do controlo do seu estado de saúde, bem como os factores de cognição social de controlo de estado de saúde são determinantes para adesão dos doentes ao tratamento. Esta perspectiva vem ao encontro do artigo publicado por Chen et al.(1998), onde reforça a ideia que os doentes com dificuldades funcionais graves, aderem mais ao esquema de exercícios físicos prescritos pelos fisioterapeutas se tiverem índices elevados de auto-eficácia.

Neste trabalho de investigação em que se pretendia estudar a percepção que os profissionais (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) têm da adesão dos seus doentes aos tratamentos, conclui-se que os médicos são o grupo profissional que maior preocupação demonstrou com as questões relacionadas com a adesão dos doentes aos tratamentos, bem como referem a importância da implementação dos esquemas de tratamento como factor preponderante para a adesão dos seus doentes aos tratamentos.

Os enfermeiros, referem o papel da educação para a saúde e promoção das questões relacionadas com a adesão como factores determinantes para implementar a adesão dos doentes aos tratamentos.

Os fisioterapeutas, são os profissionais de saúde que maior percepção têm de adesão dos seus doentes aos tratamentos. Dão especial importância às questões das representações da doença e percepção do doente de auto-eficácia com o tratamento, como factores determinantes na adesão dos seus doentes ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- Abdelmalek, A. & Gérard, J. (1995). *Ciências Humanas e cuidados de saúde*. Manual para profissionais de saúde. Lisboa. Instituto Piaget.
- Ajzen, I. (1991). The theory of Planned Behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-221.
- Brannon, L. & Feist, J. (1992). Adhering to Medical Advice. *Health Psychology*. Na *Introduction to Behavior and Health* (pp 225- 274). Pacific Grove: Brooks / Cole.
- Bram, A.; Newman, S. ; Weinman, J. , West & R. , McManus, C. (1997). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Editor: Cambridge University Press.
- Bowling, A.(1997). *Measuring Health. A Review of quality of life measurement Scales*. Open University Press. Philadelphia.
- Chen, C., Neufeld, P., Feely, C. & Skinner, C. (1999). Factores Influencing Compliance with Home Exercice Programs Among Patients with Upper-Extremity Impairment. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, (2), 171-179.
- Conner, M. & Norman, P. (1996) *Predicting Health Behaviour*. Kinder Scout Buckingam : Open University Press.
- Corney, R. (1996). *O Desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento na medicina*. CLIMEPSI Editores.
- Crook, P., Rose, M., Salmon, P., Stott R., Peters, S. & Stanley, I. (1999). Aderence to Group Exercice. Physiotherapist-led Experiential Programmes. *Phisiotherapy*, 84, (8), 366-371.

Demarbre, V. (1994). Adherencia Terapeutica. Una Asignatura Pendiente en el Campo de la Psicología de la Salud. *Anuário de Psicologia*, 61, 71-77.

Faria, M. (1999). Da aderência à Terapêutica. *III Simpósio Sobre Sida: Do Virus ao Doente. Informação Sida e outras Doenças Infecciosas*. 15, 34-38.

Foucault, M. (1963). *Naissance da la clinique. Une archéologie du regard médical*. (pp 92-97). Paris. PUF.

Guéguen, N. (1999). *Manual de estatística para psicólogos*. Editores CLIMEPSI. Lisboa.

Hill, M. & Hill, A (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa. Edições Sílabo.

Hilton, D. & Fallowfield, L. (1994). *Counselling and communication in Health Care*. London, UK. Academic unif. Of Psychology, the London Hospital Medical College.

Janz, I. & Becker, H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.

Lacerda, A (1999). A Tecnologia Médica e a Ignorância. *III Simpósio Sobre Sida: Do Virus ao Doente. Informação Sida e outras Doenças Infecciosas*, 15, 18-22.

Ley, P. (1981). Professional non-compliance: A neglected problem. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 151-154.

Ley, P. (1988). *Communicating with Patients*. London: Croom Helm.

Ley, P. (1989). Improving patients understanding, recall, satisfaction and compliance. In A. Brommer (Ed). *Health Psychology*. London: Chapman and Hall.

Leventhal, H., M. Diefenbach & E. Leventhal (1992). Illness Cognition: Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2),143-163.

Leventhal, H. & Camenon, L. (1987). Behavioral theories and the Problem of Compliance. *Patient Education and Counseling*, 10,117-138.

Marques, L.(1999).*Estratégias para melhorar a aderência dos seropositivos à terapêutica. III Simpósio Sobre Sida. Do Virus ao Doente. Informação Sida e outras Doenças Infecciosas,15, 31-33.*

Marteau, T. & Johnston, M.(1990). Health Professionals: A Source of Variance in Health Outcomes. *Psychology and Health*, 5,47-58.

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

Paúl, C. & Fonseca, A (2001). *Psicossociologia*.Lisboa. CLIMEPSI. Editores.

Pereira, A. (2002). *SPSS Guia prático de utilização*. Análise de dados para ciências sociais e psicologia. Lisboa. Edições Sílabo.

Pestana, M.& Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa. Edições Sílabo.

Pitts, M. & Phillips K. (1998). *The Psychology of Health*. London. Routledge.

Publication Manual of the American Psychological Association. (2001) Washington, DC. *American Psychological Association*.

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa. ISPA.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa. CLIMEPSI Editores.

Rogers, R. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.

Salmon, P. (2000). *Psychology of Medicine and Surgery. A Guide for Psychologists, Counsellors, Nurses and Doctors*. New York: John Wiley & Sons, LTD.

Serafino, E. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley.

Stewart, R., Bhagwanjee, A., Mbakaza, Y. & Binase, T. (1999). Pressure Garment Adherence in Adult patients with Burn Injuries : An Analysis of Patient and Clinician Perceptions. *The American Journal of Occupational Therapy*, 54, (6), 598-605.

Turk, D. & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to self- Care Regimens: the patient's perspective. In J. Sweet, R. Rozensky, & S. Tovian (Eds.) *Handbook of clinical Psychology in medical Settings*. (pp 249- 266). New York: Plenum Press.

Taylor, S. (1995). *Health Psychology*. New York. McGraw-Hill. International. Editons.

Weinman, J.& Petrie, K. (1997). *Preceptions of Health & Illness*. London. Harwood Academic Publishers.

Vandal, S. (1999). Le défi de l'assiduité au traitement. L'adaption et le mentien d'un comportement de santé. *Recherche en soins infirmie*, 58, 103-113.

ANEXOS

O presente questionário surge no âmbito do trabalho de investigação realizado para a tese de mestrado em Psicologia da Saúde, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, tendo como tema “ Percepção dos profissionais de saúde em relação à adesão dos doentes ao tratamento”.

A sua colaboração será de grande importância, pelo que solicito a sua atenção para as questões que são levantadas e a seguir as instruções que são fornecidas, lembrando que deverá responder a todas as perguntas.

As suas respostas são anónimas, os dados recolhidos serão apenas utilizados para tratamento estatístico.

Lembro que não existem boas nem más respostas, é só a sua opinião que importa conhecer.

Os meus sinceros agradecimentos pela atenção dispensada

Luisa Pedro

1. Idade: _____

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Estado civil: _____

4. Profissão: _____

5. Nacionalidade: _____

6. Hospital onde exerce a sua actividade profissional: _____

7. Anos /meses de experiência profissional: _____

8. Anos / meses de experiência profissional no Hospital: _____

9. Trabalha habitualmente com:
doentes crónicos doentes agudos ambos

10. Se a sua actividade profissional no referido hospital é direccionada para alguns doentes com patologia especifica, refira qual:

Das seguintes afirmações, indique para cada uma delas, o quadro que melhor traduz a sua experiência profissional nas questões relacionadas com a adesão ao tratamento nos últimos tempos.

1. As questões da adesão ao tratamento têm sido levantadas na sua prática profissional?

Raramente/nunca Pouco frequentemente Frequentemente Muito frequentemente

2. Tem lido na área da sua profissão, informação relacionada com a adesão ao tratamento (artigos, publicações, etc...)

Raramente/nunca Pouco frequentemente Frequentemente Muito frequentemente

3. Em encontros, congressos ou outros eventos profissionais, o tema da adesão ao tratamento tem sido focado ?


Raramente/nunca Pouco frequentemente Frequentemente Muito frequentemente

4. Na sua relação com os doentes é frequente falar sobre adesão ao tratamento?

Raramente/nunca Pouco frequentemente Frequentemente Muito frequentemente

5. Em que medida, pensa que os seus doentes aderem ao tratamento ?
(assinale o nível que melhor expressa a sua opinião)

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente



6. Qual das seguintes frases, melhor expressa a sua opinião, acerca do que deveria ser a adesão ao tratamento? (Assinale com uma cruz a frase que lhe parece mais correcta).

- a) A adesão é o cumprimento do plano de tratamento. Isto é, o comportamento dos doentes coincide com a prescrição e aconselhamento médico.
- b) A adesão é o conjunto de comportamentos indispensáveis, para que os doentes obtenham resultados positivos, no sentido das melhorias clínicas.
- c) A adesão é a capacidade que os doentes adquirem, para implementar estratégias pessoais, no sentido de melhorar o seu estado de saúde.

7. Nos processos pelos quais poderá ser avaliada a adesão dos doentes ao tratamento, assinale com uma cruz, em cada uma das afirmações, a importância que cada um poderá ter.

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1. Através de contagem da medicação				
2. Através de avaliações fisiológicas e bioquímicas monitorizadas (ex: análises)				
3. Através do que os doentes afirmam fazer, no controlo da sua situação de doença.				
4. Através dos indicadores do estado de saúde do doente, ou seja, melhoria da sua sintomatologia				

8. Assinale com um cruz, em cada uma das afirmações seguintes, a importância atribuída aos factores que poderão determinar a não adesão dos doentes ao tratamento.

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1. Características psicológicas dos doentes				
2. Gravidade da doença				
3. Incapacidade de entender a informação				
4. Crenças dos doentes sobre a doença				
5. Questões sociais, culturais ou étnicas que podem dificultar a noção de doença e o plano de tratamento				
6. Indiferença e pessimismo dos doentes em relação ao tratamento				
7. Insatisfação com os profissionais de saúde				
8. Reconhecimento da necessidade de efectuar os tratamentos				
9. Bom suporte social e familiar				
10. Défice de recursos monetários				
11. Características patológicas da doença				
12. Estabilidade de sintomas (não alteração de sintomas)				

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
13. Estabilidade psicológica				
14. Complexidade do regime de tratamentos				
15. Tratamentos de curta duração				
16. Efeito adversos da medicação				
17. Facilidade na preparação e administração da medicação				/
18. Ausência de cuidados continuados				
19. Longas esperas nos serviços de saúde				
20. Boa articulação dos serviços de saúde				
21. Comunicação inadequada entre os doentes e os profissionais de saúde				
22. Atitudes e comportamentos desajustados dos profissionais				
23. Satisfação do doente com os profissionais de saúde				
24. Supervisão adequada dos profissionais de saúde				

9. Das seguintes afirmações, refira o grau de importância que cada uma delas tem, no sentido de facilitar a promoção da adesão dos doentes ao tratamento .

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1. Os profissionais de saúde assumam um papel de protecção, devendo o doente seguir as suas directrizes.				
2. Os profissionais de saúde devem ensinar aos doentes os procedimentos que deverão realizar, através de um processo de ensino continuado.				
3. Ajustar ao doente o tipo de mensagem que é dada pelos profissionais de saúde.				
4. A adesão resulta do conhecimento sobre os benefícios e as vantagens que os doentes poderão obter, no cumprimento dos comportamentos prescritos.				
5. A adesão resulta da percepção que os doentes têm do seu estado e dos procedimentos que terão de efectuar para atingir os objectivos que são pretendidos.				

10. Das seguintes afirmações, determine para cada uma delas o grau de importância, no sentido da implementar e facilitar a adesão dos doentes ao tratamento. Assinale com um cruz a resposta que lhe parece mais certa em cada uma das afirmações.

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1. Explicar a importância da adesão				
2. Simplificar as informações				
3. Usar a repetição da informação				
4. Dispensar folhetos de informação				
5. Escrever os procedimentos				

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
6. Ajudar o indivíduo a lidar com os sintomas da doença				
7. Incentivar acerca de estratégias de adaptação				
8. Compreender os problemas originados pela doença				
9. Conhecer social e culturalmente as consequências da doença				
10. Dar a conhecer a situação de doença				
11. Envolver os familiares, amigos e outras pessoas próximas da situação de doença				
12. Alertar e lembrar potenciais complicações por não cumprir o plano de tratamento				
13. Motivar o doente em relação à adesão, no sentido em que este é determinante para melhorar o seu estado de saúde				

11. Das seguintes afirmações, determine para cada uma delas a importância para o doente, no sentido da implementar e facilitar a adesão ao tratamento. Assinale com um cruz a resposta que lhe parece mais certa em cada uma das afirmações.

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1. Ter experiência pessoal acerca da doença				
2. Percepcionar a gravidade da doença				
3. Percepcionar a vulnerabilidade perante a sua doença				
4. Acreditar nos benefícios da adesão ao tratamento				
5. Acreditar nos obstáculos existentes em relação à implementação do tratamento				
6. Ter capacidade de avaliar e lidar com a sua doença				
7. Percepcionar que comportamentos de não adesão ao tratamento terá consequências graves				
8. Aderir ao tratamento poderá obter resultados mais satisfatórios em relação ao seu estado de saúde				
9. Ter expectativas em relação à auto-eficácia de adesão ao tratamento				
10. Acreditar que a adesão ao tratamento irá melhorar os sintomas da sua doença e consequentemente melhorar o seu estado de saúde				
11. Acreditar que as pessoas importantes da sua vida, querem que ele adira ao tratamento				
12. Acreditar ser capaz de aderir ao tratamento, tendo em conta a avaliação das vantagens e desvantagens da adesão ao tratamento				

Exmo. Conselho de Administração

Do Subgrupo Hospitalar Capuchos/

Desterro

Atenciosamente,
Luisa Maria dos Reis Pedro
Desterro
do C.A. para apreciação.

R. B. 25

Eu, Luisa Maria dos Reis Pedro, fisioterapeuta do quadro hospitalar desta instituição, a frequentar o mestrado em Psicologia da Saúde no Instituto Superior de Psicologia Aplicada e tendo como tema de tese "*Percepção dos Profissionais de Saúde (Médicos Internistas , Enfermeiros e Fisioterapeutas) em Relação à Adesão dos Doentes aos seus Tratamentos*" orientada pelo Prof. Dr. José Luís Pais Ribeiro, venho por este meio, pedir a vossas excelências autorização para desenvolver actividades de investigação, através da aplicação de um questionário, aos profissionais referenciados.

Este trabalho de investigação pretende ser um contributo para a reflexão do desenvolvimento cognitivo das práticas profissionais, associados aos avanços tecnológicos e às descobertas científicas, ao qual a psicologia da saúde tem estado particularmente sensível nos últimos anos.

Pretendem os investigadores reflectir e questionar na área da adesão ao tratamento no sentido de rentabilizar qualitativamente e quantitativamente os cuidados de saúde prestados ao doente.

Com os meus melhores cumprimentos

Luisa Pedro

(Luisa Pedro)

Lisboa, 4 de Março de 2002

HSAC

Conselho de Administração

N.º 841 Adm

Entrada 3.14.102

Assinatura

Ass.