

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
DEPARTAMENTO DE ECOLOGIA
CURSO DE MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

**Percepção de Gravidade da Doença e *Compliance* em
Utentes da Cidade de Faro**

**Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre
em Ecologia Humana**

Autor: Susana Isabel Teixeira de Jesus Maria

Orientador: Professor Doutor José Manuel da Palma - Oliveira

“Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri”

- Abril de 2006 -

Évora

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
DEPARTAMENTO DE ECOLOGIA
CURSO DE MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

**Percepção de Gravidade da Doença e *Compliance* em
Utentes da Cidade de Faro**

**Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre
em Ecologia Humana**



159583

Autor: Susana Isabel Teixeira de Jesus Maria

Orientador: Professor Doutor José Manuel da Palma - Oliveira

“Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri”

- Abril de 2006 -

Évora

Agradecimentos

Os meus agradecimentos ao Professor Doutor José Manuel da Palma – Oliveira, pela orientação, apoio, disponibilidade e atenção manifestados ao longo de todo o período de elaboração da presente dissertação e que me permitiram colher os ensinamentos que muito contribuíram para a valorização deste trabalho.

Agradeço também a colaboração das entidades responsáveis pelo Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e de todas as Clínicas de Odontologia que participaram na recolha de dados para o trabalho. Sem a colaboração destes estabelecimentos de saúde não seria possível a realização deste projecto.

Um agradecimento muito especial a todos os profissionais de saúde que disponibilizaram o seu tempo, por vezes, bastante preenchido, para colaborarem neste estudo. Não posso deixar de agradecer, também, a todos os utentes que se mostraram disponíveis colaborar na recolha dos dados.

Agradeço ainda a todos aqueles que de forma directa ou indirecta contribuíram para a realização deste projecto de investigação e a todos os docentes da parte lectiva do Mestrado pelos conhecimentos, apoio e disponibilidade que demonstraram.

Um último agradecimento, mas muito especial, à minha família e amigos mais próximos pela paciência e apoio que souberam demonstrar, sobretudo nos momentos mais difíceis.

PERCEPÇÃO DE GRAVIDADE DA DOENÇA E *COMPLIANCE* EM UTENTES DA CIDADE DE FARO

Resumo

O objectivo desta investigação é verificar a existência de diferenças significativas nos grupos formados pelo local da consulta (Hospital (n=90), Centro de Saúde (n=90) e Clínicas de Odontologia (n=90)), estado de saúde (doente (n=180) ou não doente (n=63)), momento da consulta (utentes antes (n=90) e depois (n=90) da consulta) e conhecimento acerca da doença (utentes antes da consulta (n=90) e profissionais de saúde (n=90)), de acordo com as variáveis dependentes gravidade da doença, consequências da situação de doença, *compliance* e satisfação com as consultas médicas.

Este trabalho refere-se a um estudo quase experimental de campo que assume também um carácter exploratório e que foi realizado na cidade de Faro, Portugal.

Os resultados parecem indicar que os sujeitos inquiridos mostram maior *compliance* num contexto de consulta, uma vez que este está “mascarado” pela situação de mal-estar dos utentes. Coloca-se a hipótese do *compliance* natural ser o referido pelos indivíduos não doentes e não o mostrado pelos doentes, necessitando estas conclusões de investigação.

Palavras-Chave: Saúde; Doença; Percepção de Risco; *Stress*; *Compliance*; Comunicação de Saúde.

FARO PATIENTS AND THEIR ILLNESS PERCEPTIONS AND *COMPLIANCE*

Abstract

The aim of this study is to verify the existence of significant differences between the groups formed by place of consultation (Hospital (n=90), Medical Center (n=90) and Dentist Clinic (n=90)), health state (healthy (n=63) or ill (n=180)), consultation moment (patients before (n=90) and after consultation (n=90)) and

knowledge concerning illness (patients before consultation (n=90) and doctors (n=90)), according to the dependent variables illness perception, illness consequences, compliance and medical satisfaction.

This field study, attained in Faro, Portugal, that mentions a lifetime experience, is a *quasi-experimental* study that also assumes an exploratory character.

The results seem to indicate that the compliance perception is higher in ill patients than in healthy persons. This is probably because compliance is masked by the illness's symptoms. It seems that healthy persons have a more precise compliance perception than the ill ones, although these conclusions need further investigation.

Keywords: Health; Illness; Risk Perception; Stress; Compliance; Health Communication

Índice Geral

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	v
Índice Geral	vii
Lista de Legendas de Figuras	xviii
Lista de Legendas de Tabelas	xxiii
Introdução	1
Capítulo I – Saúde e Doença: Crenças e Explicações	11
1. Saúde e Doença: Crenças e Explicações	13
Introdução	13
1.1. O Conceito de Saúde e o Conceito de Doença	13
1.2. A Interpretação do “Ser Saudável”	14
1.3. A Interpretação do “Estar Doente”	15
1.4. As Causas das Doenças e a Modificação Ambiental	15
1.5. Os Dois Tipos de Doença	18
1.5.1. A Doença Aguda	18
1.5.2. A Doença Crónica	18
1.5.2.1.A Adesão a Regimes de Tratamento de Doenças Crónicas	20
1.6. As Reacções à Doença	21
1.7. O Diagnóstico das Doenças	22
1.8. O que são Comportamentos de Saúde?	23
1.9. Efeitos do Apoio Social na Doença e nos Hábitos de Saúde	24
1.10. O Modelo de Crenças de Saúde	25
1.11. Porque Procuram as Pessoas os Cuidados de Saúde?	26
1.12. Factores que Afectam a Procura dos Cuidados de Saúde	27

1.13. Quem Usa os Serviços de Saúde?	28
1.13.1. A Idade	28
1.13.2. O Género	29
1.13.3. A Classe Social e a Cultura	30
1.13.4. Os Factores Sócio – Psicológicos	30
1.14. Mau Uso dos Serviços de Saúde	31
Resumo	31

Capítulo II – A Percepção de Risco e a Percepção de Doença

Doença	33
2. A Percepção de Risco e a Percepção de Doença	35
Introdução	35
2.1. O Conceito de Risco e de Percepção de Risco	35
2.2. A Aceitação do Risco	36
2.3. Os Riscos do Ambiente e a Percepção de Risco	37
2.4. As Influências na Percepção de Risco	38
2.5. A Percepção de Risco e os Medicamentos	40
2.6. A Percepção de Doença e dos Seus Sintomas	41
2.6.1. A Experiência Anterior	41
2.6.2. As Expectativas	42
2.6.3. A Seriedade dos Sintomas	42
2.6.4. Os Factores Cognitivos e as Diferenças Culturais	43
2.7. O Optimismo Irrealista	43
2.8. As Dimensões da Percepção de Doença	44
2.9. O Reconhecimento dos Sintomas	46
2.9.1. As Diferenças na Personalidade	47
2.9.2. O Estado Cognitivo	47
2.9.3. As Diferenças Culturais	47
2.9.4. As Diferenças de Atenção	47
2.9.5. Os Factores Situacionais	48
2.9.6. O Humor	48
2.9.7. O <i>Stress</i>	49
2.10. O Conceito de <i>Stress</i>	49

2.11.O Síndrome Geral de Adaptação (SGA)	50
2.11.1. A Reacção de Alarme	51
2.11.2. A Fase de Resistência	51
2.11.3. A Fase de Exaustão ou de Esgotamento	52
2.12.Críticas ao Síndrome Geral de Adaptação (SGA)	53
2.13.Os Modelos de <i>Stress</i>	53
2.14.Podem as Pessoas Adaptar-se ao <i>Stress</i> ?	54
2.14.1. Adaptação Fisiológica	54
2.14.2. Adaptação Psicológica	55
2.15.Os Acontecimentos <i>Stressantes</i>	55
2.16.O <i>Stress</i> e o Ser Humano	56
2.16.1. <i>Stress</i> Antecipado	56
2.16.2. Efeitos Pós – <i>Stress</i>	57
2.16.3. Desamparo	57
2.17.O <i>Stress</i> e a Doença	57
2.17.1. Vulnerabilidade Inicial	58
2.17.2. Comportamentos de Saúde	59
2.18.O <i>Stress</i> e a Personalidade	59
2.19.O Apoio Social e o <i>Stress</i>	60
2.20.O <i>Stress</i> e o Controlo	61
2.21.A Impotência Apreendida	62
Resumo	62
Capítulo III – <i>Compliance</i>	65
3. <i>Compliance</i> (Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde)	67
Introdução	67
3.1.O Conceito de Medicamento	68
3.2.As Formas e as Vias de Administração dos Medicamentos	69
3.3.A Evolução dos Medicamentos no Organismo	70
3.4.A Acção dos Medicamentos no Organismo	71
3.5.Os Medicamentos e os Seus Riscos	72

3.6.A Gestão de um Produto de Consumo	73
3.7.O Risco da Automedicação	74
3.8.O Conceito de <i>Compliance</i>	75
3.9.As Dimensões do <i>Compliance</i> e do <i>Non – Compliance</i>	76
3.10. A Não Adesão Criativa	77
3.11. Os Factores que Afectam o <i>Compliance</i>	78
3.11.1. As Características do Paciente	78
3.11.2. As Características da Doença	80
3.11.3. Os Factores do Tratamento	81
3.11.4. Os Factores Interpessoais	83
3.11.5. O Estabelecimento de Saúde e Organizacional	84
3.12. A Percepção de Controlo e o <i>Compliance</i>	85
3.12.1. Dar Poder aos Pacientes	86
3.12.2. O Medo da Medicação	86
3.12.3. O Controlo da Identidade	87
3.13. Quem Adere aos Tratamentos Médicos Prescritos?	87
3.14. A Previsão do <i>Compliance</i> do Paciente	88
3.14.1. A Satisfação do Paciente	89
3.14.2. A Compreensão do Paciente	89
3.14.3. A Memória do Paciente	89
3.15. Como se Pode Melhorar a Adesão?	90
3.15.1. Intervenções da Instituição de Cuidados de Saúde	91
3.15.2. Intervenções na Apresentação do Tratamento	91
3.15.3. Treino de Capacidades	92
3.16. O Modelo de Adesão e a Comunicação	93
Resumo	93
Capítulo IV – A Comunicação de Saúde	95
4. A Comunicação de Saúde	97
Introdução	97
4.1.A Comunicação de Saúde	97
4.2.A Importância da Comunicação Médico – Paciente	98

4.3.Comportamentos dos Profissionais de Saúde que Contribuem para uma Comunicação de Saúde Imperfeita	100
4.3.1. Não Ouvir	100
4.3.2. Usar Termos Técnicos	101
4.3.3. Utilizar Expressões Infantilizadas	101
4.3.4. Fornecer Tratamento Não Personalizado ao Paciente	102
4.3.5. Fazer Estereótipos do Paciente	102
4.4.Comportamentos dos Paciente que Contribuem para uma Comunicação de Saúde Imperfeita	103
4.4.1. Características do Paciente	103
4.4.2. Conhecimento do Paciente	104
4.4.3. Atitudes do Paciente Face aos Sintomas	105
4.5.Problemas de Comunicação em Saúde	105
4.6.As Consequências dos Problemas de Comunicação para os Cuidados de Saúde	107
Resumo	108
Capítulo V – O Contexto da Investigação	109
5. O Contexto da Investigação	111
Introdução	111
5.1. Temática do Estudo	111
5.1.1. Delineamento do Estudo	113
5.2. O Design de Investigação	115
5.3. A Questão de Partida	116
5.3.1. As Questões Orientadoras do Estudo	117
Resumo	119
Capítulo VI – Metodologia de Investigação	121
6. Metodologia de Investigação	123
Introdução	123
6.1. Método de Obtenção de Dados	123
Índice Geral	

6.1.1. O Questionário	124
6.1.2. Justificação do <i>Design</i> de Investigação	125
6.1.2.1. A Escolha da Cidade de Faro	125
6.1.2.2. A Escolha dos Estabelecimentos de Saúde	126
6.2. As Etapas da Investigação	128
6.2.1. Fases do Projecto de Investigação	128
6.2.2. O Questionário	131
6.2.2.1. Objectivos	131
6.2.2.2. As Hipóteses de Trabalho	132
6.2.2.2.1. Delineamento das Hipóteses de Trabalho	132
6.2.2.3. A Construção do Questionário	133
6.2.2.3.1. Organização do Questionário	134
6.2.2.3.2. A Natureza das Questões	139
6.2.2.3.3. Definição e Operacionalização das Variáveis	140
6.2.2.3.4. As Escalas Utilizadas nos Questionários	142
6.2.2.4. O Pré-Teste aos Questionários	145
6.2.2.5. O Campo de Análise	147
6.2.2.6. A Selecção da Amostra	147
6.2.2.7. O Consentimento Informado e a Aplicação dos Questionários.	148
6.2.3. Análise Estatística dos Dados e Apresentação da Informação	150
6.2.3.1. Os Locais de entrevista e os Grupos de Indivíduos	150
6.2.3.2. As Classes de Idade	151
6.2.3.3. A Análise Estatística dos Dados	151
Resumo	153
Capítulo VII – Apresentação e Discussão dos Dados Recolhidos pelos Questionários Aplicados a Indivíduos Antes da Consulta, a Indivíduos Depois da Consulta e a Indivíduos Não Doentes	155

7. Apresentação e Discussão dos Dados Recolhidos pelos Questionários Aplicados a Indivíduos Antes da Consulta, a Indivíduos Depois da Consulta e a Indivíduos Não Doente	157
Introdução	157
7.1. As Hipóteses Estatísticas do Estudo	158
7.2. Breve Caracterização da Amostra	159
7.3. Fidelidade dos Instrumentos Utilizados	165
7.4. Resultados da Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista dos Inquiridos	167
7.4.1. A Percepção de Gravidade da Doença	167
7.4.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para Si Mesmo e para os Familiares e Amigos	171
7.4.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde	174
7.4.4. Satisfação dos Pacientes com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral	178
7.4.5. O Tipo de Doença	184
7.5. Resultados da Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista e o Grupo de Indivíduos	186
7.5.1. A Percepção de Gravidade da Doença	186
7.5.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para Si Mesmo e para os Familiares e Amigos	188
7.5.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde	192
7.5.4. Satisfação dos Pacientes com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral.	196
Resumo	200
Capítulo VII – A: Resultados do Efeito das Variáveis Independentes Analisadas à <i>Posteriori</i> nas Variáveis Dependentes em Estudo	201

Introdução	201
7.6. Resultados de Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista e o Sexo dos Inquiridos	201
7.6.1. A Percepção de Gravidade da Doença	201
7.6.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para Si Mesmo e para os Familiares e Amigos	204
7.6.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde	208
7.6.4. Satisfação dos Pacientes com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral	211
7.7. Resultados da Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista e as Habilitações Literárias dos Inquiridos	216
7.7.1. A Percepção de Gravidade da Doença	216
7.7.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para Si Mesmo e para os Familiares e Amigos	217
7.7.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde	222
7.7.4. Satisfação dos Pacientes com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral	225
7.8. Resultados da Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista e a Idade dos Inquiridos	230
7.8.1. A Percepção de Gravidade da Doença	230
7.8.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para Si Mesmo e para os Familiares e Amigos	231
7.8.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde	235
7.8.4. Satisfação dos Pacientes com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral	238

7.9. Factores que Influenciam as Variáveis Gravidade da Doença e <i>Compliance</i> com os Conselhos Médicos	243
7.10. Motivos da Procura dos Cuidados de Saúde	244
7.11. As Causas da Situação de Doença	246
7.12. Motivos do Não Cumprimento da Prescrição Médica	246
7.13. Motivos da Falta de Regularidade às Consultas de Odontologia	248
Resumo	248
Capítulo VIII – Apresentação e Discussão dos Dados Recolhidos pelos Questionários Aplicados a Indivíduos Antes da Consulta, a Profissionais de Saúde e a Indivíduos Não Doentes	251
8. Apresentação e Discussão dos Dados Recolhidos pelos Questionários Aplicados a Indivíduos Antes da Consulta, a Profissionais de Saúde e a Indivíduos Não Doente	253
Introdução	253
8.1. As Hipóteses Estatísticas do Estudo	253
8.2. Breve Caracterização da Amostra	255
8.3. Fidelidade dos Instrumentos Utilizados	261
8.4. Resultados da Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista dos Inquiridos	262
8.4.1. A Percepção de Gravidade da Doença	262
8.4.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para o Utente e para os Familiares e Amigos	265
8.4.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde	268
8.4.4. Satisfação com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral	271
8.4.5. O Tipo de Doença	278

Figura 7.29. Gráfico de perfil da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.	242
Figura 8.1 – Histograma para a idade dos inquiridos.	255
Figura 8.2. – Gráfico de barras relativo aos grupos de idade dos sujeitos inquiridos por local de entrevista.	256
Figura 8.3. – Gráfico de barras relativo ao sexo dos sujeitos inquiridos por local de entrevista.	257
Figura 8.4. – Gráfico de barras relativo ao estado civil dos sujeitos inquiridos por Local de entrevista.	258
Figura 8.5. – Gráfico de barras relativo às habilitações literárias dos sujeitos inquiridos por local de entrevista.	258
Figura 8.6. – Gráfico de barras relativo ao estado de saúde dos sujeitos inquiridos por local de entrevista.	259
Figura 8.7. – Gráfico de barras relativo ao estabelecimento de saúde a que recorrem dos sujeitos inquiridos.	260
Figura 8.8. Gráfico de perfil da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.	283
Figura 8.9. Gráfico de perfil das Consequências da Doença para o Utente divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo.	289
Figura 8.10. Gráfico de perfil das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo.	291
Figura 8.11. Gráfico de perfil do <i>Compliance</i> dividido pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo.	293
Figura 8.12. Gráfico de perfil da Satisfação com a Consulta Médica dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo.	297
Figura 8.13. Gráfico de perfil da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo.	299

Figura 8.14. Gráfico de perfil das Consequências da Doença para o Utente divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	303
Figura 8.15. Gráfico de perfil das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	305
Figura 8.16. Gráfico de perfil do <i>Compliance</i> dividido pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	308
Figura 8.17. Gráfico de perfil da Satisfação com a Consulta Médica dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	311
Figura 8.18. Gráfico de perfil da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	314
Figura 8.19. Gráfico de perfil da Percepção de Gravidade da Doença dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.	317
Figura 8.20. Gráfico de perfil das Consequências da Doença para o Utente divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.	319
Figura 8.21. Gráfico de perfil das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.	321
Figura 8.22. Gráfico de perfil do <i>Compliance</i> dividido pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.	324
Figura 8.23. Gráfico de perfil da Satisfação com a Consulta Médica dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.	327
Figura 8.24. Gráfico de perfil da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.	329

Lista de Legendas de Tabelas

Tabela 2.1. - Estilos de controlo segundo Rothbaum, Wetz e Snyder (1982) (Adaptado de Palma-Oliveira, 1992, pág. 64)	61
Tabela 3.1. - Características do paciente associadas com a Não Adesão (Meichenbaum e Turk, 1987, cit. por Marks et al., 2000, pág.290)	80
Tabela 3.2. - Factores do tratamento associados com a Não Adesão (Meichenbaum e Turk, 1987, cit. por Marks et al., 2000, pág. 293)	83
Tabela 5.1. – Design experimental do trabalho de investigação, indicando o número de indivíduos inquiridos por local de aplicação dos questionários	116
Tabela 7.1. Valor do Alfa de Cronbach	167
Tabela 7.2. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).	169
Tabela 7.3. Estatísticas descritivas: valores da média.	169
Tabela 7.4. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).	171
Tabela 7.5. Estatísticas descritivas: valores da média.	172
Tabela 7.6. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).	173
Tabela 7.7. Estatísticas descritivas: valores da média.	173
Tabela 7.8. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).	176

Tabela 7.9. Estatísticas descritivas: valores da média.	177
Tabela 7.10. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).	179
Tabela 7.11. Estatísticas descritivas: valores da média.	180
Tabela 7.12. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).	181
Tabela 7.13. Estatísticas descritivas: valores da média.	182
Tabela 7.14. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).	183
Tabela 7.15. Estatísticas descritivas: valores da média.	183
Tabela 7.16. Frequências esperadas e observadas para o Tipo de Doença e o Local de Entrevista.	185
Tabela 7.17. Teste de Qui-Quadrado: parâmetros do teste e medida de associação – Cramer V.	185
Tabela 7.18. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.	187
Tabela 7.19. Estatísticas descritivas: valores da média.	187
Tabela 7.20. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para Si Mesmo por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.	189
Tabela 7.21. Estatísticas descritivas: valores da média.	189
Tabela 7.22. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.	191
Tabela 7.23. Estatísticas descritivas: valores da média.	191

Tabela 7.24. Quadro resultante da análise de variância factorial do <i>Compliance</i> por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.	193
Tabela 7.25. Estatísticas descritivas: valores da média.	194
Tabela 7.26. Quadro resultante da aplicação do teste T-test de Student para a variável <i>Compliance</i> com os tratamentos prescritos pelo médico dentista entre o Grupo de Indivíduos.	195
Tabela 7.27. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com a Consulta Médica por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.	196
Tabela 7.28. Estatísticas descritivas: valores da média.	197
Tabela 7.29. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.	198
Tabela 7.30. Estatísticas descritivas: valores da média.	198
Tabela 7.31. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Sexo.	202
Tabela 7.32. Estatísticas descritivas: valores da média.	203
Tabela 7.33. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Situação de Doença para si Mesmo por Local de Entrevista e Sexo.	205
Tabela 7.34. Estatísticas descritivas: valores da média.	205
Tabela 7.35. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos por Local de Entrevista e Sexo.	206
Tabela 7.36. Estatísticas descritivas: valores da média.	207
Tabela 7.37. Quadro resultante da análise de variância factorial do <i>Compliance</i> por Local de Entrevista e Sexo.	209
Tabela 7.38. Estatísticas descritivas: valores da média.	209
Tabela 7.39. Quadro resultante da aplicação do teste T-test de Student para a variável <i>Compliance</i> com os tratamentos prescritos pelo médico dentista, entre os Sexos.	211
Tabela 7.40. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com a Consulta Médica por Local de Entrevista e Sexo.	212

Tabela 7.41. Estatísticas descritivas: valores da média.	212
Tabela 7.42. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Sexo.	214
Tabela 7.43. Estatísticas descritivas: valores da média.	214
Tabela 7.44. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	216
Tabela 7.45. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Situação de Doença para si Mesmo por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	218
Tabela 7.46. Estatísticas descritivas: valores da média.	218
Tabela 7.47. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	220
Tabela 7.48. Estatísticas descritivas: valores da média.	220
Tabela 7.49. Quadro resultante da análise de variância factorial do <i>Compliance</i> por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	223
Tabela 7.50. Estatísticas descritivas: valores da média.	223
Tabela 7.51. Quadro resultante da aplicação da análise de variância ANOVA one way aplicada aos participantes para a variável <i>Compliance</i> com os tratamentos prescritos pelo médico dentista entre as Habilitações Literárias.	225
Tabela 7.52. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação por Local de entrevista e Habilitações Literárias.	226
Tabela 7.53. Estatísticas descritivas: valores da média.	227
Tabela 7.54. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	228
Tabela 7.55. Estatísticas descritivas: valores da média.	229
Tabela 7.56. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Idade.	231

Tabela 7.57. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Situação de Doença para Si Mesmo por Local de Entrevista e Idade.	232
Tabela 7.58. Estatísticas descritivas: valores da média.	232
Tabela 7.59. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos por Local de Entrevista e Idade.	234
Tabela 7.60. Estatísticas descritivas: valores da média.	234
Tabela 7.61. Quadro resultante da análise de variância factorial do <i>Compliance</i> por Local de Entrevista e Idade.	236
Tabela 7.62. Estatísticas descritivas: valores da média.	237
Tabela 7.63. Quadro resultante da aplicação da análise de variância ANOVA one way aplicada aos participantes para a variável <i>Compliance</i> com os tratamentos prescritos pelo médico dentista entre as Idades.	238
Tabela 7.64. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com a Consulta Médica por Local de Entrevista e Idade .	239
Tabela 7.65. Estatísticas descritivas: valores da média.	240
Tabela 7.66. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Idade.	241
Tabela 7.67. Estatísticas descritivas: valores da média.	242
Tabela 7.68. Valores de frequências absolutas quanto aos utentes e primeiro motivo seleccionado para acederem ao Hospital e Centro de Saúde.	245
Tabela 7.69. Valores de frequências absolutas quanto aos utentes e primeiro motivo seleccionado para acederem às Clínicas de Odontologia.	245
Tabela 7.70. Valores de frequências absolutas quanto à primeira causa da doença pelos utentes do Hospital e Centro de Saúde.	246
Tabela 7.71. Valores de frequências absolutas do primeiro motivo pelo qual os utentes não cumprem a prescrição médica relativamente aos Locais de Entrevista.	247

Tabela 7.72. Valores de frequências absolutas do motivo porque não consulta com maior regularidade o seu médico dentista.	248
Tabela 8.1. Valor do Alfa de Cronbach.	261
Tabela 8.2. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).	263
Tabela 8.3. Estatísticas descritivas: valores da média.	263
Tabela 8.4. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).	266
Tabela 8.5. Estatísticas descritivas: valores da média.	266
Tabela 8.6. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).	267
Tabela 8.7. Estatísticas descritivas: valores da média.	267
Tabela 8.8. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).	269
Tabela 8.9. Estatísticas descritivas: valores da média.	269
Tabela 8.10. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).	272
Tabela 8.11. Estatísticas descritivas: valores da média.	272
Tabela 8.12. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).	274

Tabela 8.13. Estatísticas descritivas: valores da média.	275
Tabela 8.14. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).	277
Tabela 8.15. Estatísticas descritivas: valores da média.	277
Tabela 8.16. Frequências esperadas e observadas para o Tipo de Doença e Local de Entrevista.	279
Tabela 8.17. Teste de Qui-Quadrado: parâmetros do teste e medida de associação – Cramer V.	279
Tabela 8.18. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.	280
Tabela 8.19. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.	283
Tabela 8.20. Estatísticas descritivas: valores da média.	283
Tabela 8.21. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Sexo.	287
Tabela 8.22. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para o Utente por Local de Entrevista e Sexo.	288
Tabela 8.23. Estatísticas descritivas: valores da média.	289
Tabela 8.24. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos por Local de Entrevista e Sexo.	290
Tabela 8.25. Estatísticas descritivas: valores da média.	290
Tabela 8.26. Quadro resultante da análise de variância factorial do <i>Compliance</i> por Local de Entrevista e Sexo.	293
Tabela 8.27. Estatísticas descritivas: valores da média.	293
Tabela 8.28. Quadro resultante da aplicação do teste T-test de Student para a variável <i>Compliance</i> com os tratamentos prescritos pelo médico dentista, entre os Sexos.	294

Tabela 8.29. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com a Consulta Médica por Local de Entrevista e Sexo.	296
Tabela 8.30. Estatísticas descritivas: valores da média.	296
Tabela 8.31. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Sexo.	298
Tabela 8.32. Estatísticas descritivas: valores da média.	298
Tabela 8.33. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	300
Tabela 8.34. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para o Utente por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	302
Tabela 8.35. Estatísticas descritivas: valores da média.	302
Tabela 8.36. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	304
Tabela 8.37. Estatísticas descritivas: valores da média.	304
Tabela 8.38. Quadro resultante da análise de variância factorial do <i>Compliance</i> por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	307
Tabela 8.39. Estatísticas descritivas: valores da média.	307
Tabela 8.40. Quadro resultante da aplicação da análise de variância ANOVA one way aplicada aos participantes para a variável <i>Compliance</i> com os tratamentos prescritos pelo médico dentista entre as Habilitações Literárias.	309
Tabela 8.41. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com a Consulta Médica por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	310
Tabela 8.42. Estatísticas descritivas: valores da média.	311
Tabela 8.43. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.	313
Tabela 8.44. Estatísticas descritivas: valores da média.	313

Tabela 8.45. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Idade.	316
Tabela 8.46. Estatísticas descritivas: valores da média.	316
Tabela 8.47. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para o Utente por Local de Entrevista e Idade.	319
Tabela 8.48. Estatísticas descritivas: valores da média.	319
Tabela 8.49. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos por Local de Entrevista e Idade.	321
Tabela 8.50. Estatísticas descritivas: valores da média.	321
Tabela 8.51. Quadro resultante da análise de variância factorial do <i>Compliance</i> por Local de Entrevista e Idade.	323
Tabela 8.52. Estatísticas descritivas: valores da média.	323
Tabela 8.53. Quadro resultante da aplicação da análise de variância ANOVA one way aplicada aos participantes para a variável <i>Compliance</i> com os tratamentos prescritos pelo médico dentista entre as idades.	325
Tabela 8.54. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com a Consulta Médica por Local de Entrevista e Idade.	326
Tabela 8.55. Estatísticas descritivas: valores da média.	327
Tabela 8.56. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Idade.	328
Tabela 8.57. Estatísticas descritivas: valores da média.	329
Tabela 8.58. Valores de frequências absolutas quanto aos utentes e primeiro motivo seleccionado para acederem ao Hospital e Centro de Saúde.	332
Tabela 8.59. Valores de frequências absolutas quanto aos utentes e primeiro motivo seleccionado para acederem às Clínicas de Odontologia.	332

Tabela 8.60. Valores de frequências absolutas quanto à primeira causa da doença pelos utentes do Hospital e Centro de Saúde.	333
Tabela 8.61. Valores de frequências absolutas do primeiro motivo pelo qual os utentes não cumprem a prescrição médica relativamente aos Locais de Entrevista.	334
Tabela 8.62. Valores de frequências absolutas do motivo porque não consulta com maior regularidade o médico dentista.	335

INTRODUÇÃO

Introdução

O termo “percepção de risco” é, geralmente, usado quando nos referimos às percepções da parte da comunidade que se encontra fora do contexto da investigação científica acerca do risco. Contudo, todos os indivíduos da comunidade irão ter as suas próprias percepções de risco e, muitos aspectos das suas experiências e conhecimentos, irão afectar essas percepções (Starr, Langley e Taylor, 2000).

A percepção de risco envolve um julgamento intuitivo entre a probabilidade de ocorrência do acontecimento e a seriedade das consequências que lhe estão associadas. A percepção de risco é apenas o julgamento da actividade, sem a consideração dos benefícios (Hudspith , s.d.).

O termo risco pode ser definido como a possibilidade de ocorrer um factor adverso para a saúde humana, qualidade de vida ou qualidade do ambiente (Grham e Weiner, 1995, cit. por Hudspith , s.d.).

O risco está relacionado com a vida e é dela indissociável. Todos os dias o Homem envolve-se em actividades que representam um maior ou menor grau de risco. Contudo, a aceitação do risco envolve um balanço subjectivo entre os benefícios relacionados com a actividade e os custos que essa actividade representa (Hudspith , s.d.). À partida, para um indivíduo aceitar correr um determinado risco, os benefícios da actividade devem ser superiores à avaliação dos riscos que a mesma representa.

O presente trabalho de investigação aborda o conceito de risco, não em termos gerais, mas no contexto específico da saúde. Partindo da definição de risco encimada, pode considerar-se uma doença como um risco, na medida em que, constitui um factor adverso para a saúde e qualidade de vida do ser humano. A definição da doença como um risco permite-nos falar em percepção da doença ou percepção da gravidade do estado de saúde.

A percepção que os indivíduos possuem da gravidade do seu estado de saúde é individual e influenciada por valores culturalmente aceites, pelas experiências dos indivíduos e pelos seus conhecimentos acerca da saúde e da doença. Esta percepção pode ter influencia na procura de cuidados de saúde e pode ser um factor importante na decisão de adesão ou não adesão por parte do paciente ao tratamento recomendado pelo profissional de saúde.

Segundo Gallar (Gallar, 2001), o termo adesão diz respeito ao cumprimento integral, por parte de um paciente, de um tratamento prescrito pelo profissional de saúde. Segundo o mesmo autor, o termo tratamento refere-se não só à toma de determinados medicamentos, mas também a outros aspectos, tais como, mudança do estilo de vida, alterações no regime alimentar, visitas regulares ao médico, realização de exames de rotina, etc. (Gallar, 2001).

A Organização Mundial de Saúde, OMS (2003) refere que a adesão às terapias recomendadas pelo profissional de saúde é o principal factor de sucesso do processo de tratamento. A fraca adesão às terapêuticas medicamentosas diminui os benefícios clínicos e reduz a eficácia dos processos de tratamento.

Os tratamentos medicamentosos não são eficientes se os pacientes não cumprem integralmente o que foi prescrito. No entanto, apesar destas considerações serem verídicas, nos países desenvolvidos apenas 50% dos pacientes que sofrem de doença crónica aderem completamente às recomendações médicas (OMS, 2003).

Investigações realizadas no âmbito da adesão à terapêutica medicamentosa demonstram que os indivíduos são menos aderentes aos tratamentos preventivos do que aos curativos, quando a doença é assintomática e quando o tratamento é a longo prazo (Rond, 1993 cit. por Brewer, Chapman, Brownlee e Leventhal, 2002).

A adesão às terapêuticas recomendadas pode ser melhorada se o paciente estiver bem informado acerca do seu estado de saúde, do processo de tratamento recomendado, da importância da adesão à terapêutica médica, dos benefícios do processo de tratamento, entre outros aspectos.

Assim, a comunicação em saúde revela-se de grande importância no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, na medida em que, permite ao profissional de saúde conduzir o processo de consulta de modo mais eficaz e permite ao utente a obtenção de todas as informações relevantes acerca do seu estado de saúde e do processo de tratamento.

Com alguma frequência, os pacientes revelam que as informações fornecidas pelo profissional de saúde são muito complexas e não perceptíveis. Os profissionais de saúde manifestam algumas dificuldades em explicar os processos relacionados com a consulta utilizando termos correntes, não técnicos (Pfizer Inc, 2003).

Os médicos, durante a consulta, estão sobre uma grande pressão relativamente ao tempo (Pfizer Inc, 2003), principalmente porque outros pacientes esperam pela sua vez de ser consultados. Muitas vezes, este aspecto não deixa tempo

para explicações e informações detalhadas aos pacientes (Pfizer Inc, 2003). Contudo, os problemas de comunicação entre o profissional de saúde e o paciente não são da responsabilidade exclusiva dos médicos. Por vezes, os pacientes, embaraçados e intimidados com os procedimentos da consulta não pedem aos profissionais de saúde que lhes providenciem explicações ou descodifiquem informações complicadas (Pfizer Inc, 2003).

Quando os pacientes não compreendem a informação fornecida pelo profissional de saúde, o seu processo de tratamento pode ser comprometido pela não adesão. Se uma parte importante da informação estiver em falta, o paciente pode não aderir, pelo menos não completamente, ao tratamento prescrito e, deste modo, pode contribuir para o aumento de efeitos adversos na sua saúde. Assim, pode considerar-se que a comunicação médico – paciente é muito importante para os cuidados de saúde na medida em que afecta a prevenção das doenças e o processo de tratamento dos pacientes.

O presente trabalho é o resultado de um estudo realizado no âmbito de uma tese de mestrado do Curso de Mestrado em Ecologia Humana.

O trabalho é alusivo ao tema: “Percepção de gravidade da doença e Adesão ao tratamento médico (*Compliance*) em utentes aguardando consulta na sala de espera da consulta externa do Hospital, na sala de espera do Centro de Saúde e na sala de espera de Clínicas de Odontologia, na cidade de Faro”. Pretende-se, com esta investigação atingir os **objectivos** que abaixo se explicitam:

- ♣ Avaliar a percepção de gravidade da doença em utentes aguardando consulta na sala de espera da consulta externa do Hospital, na sala de espera do Centro de Saúde e na sala de espera de Consultórios de Odontologia, na cidade de Faro.
- ♣ Comparar a percepção de gravidade da doença por parte do utente antes e depois da consulta.
- ♣ Comparar a percepção de gravidade da doença por parte dos utentes com a gravidade “real” definida pelo profissional de saúde.
- ♣ Avaliar a intenção de adesão dos utentes ao tratamento prescrito pelo médico.
- ♣ Comparar a intenção de adesão dos utentes antes e depois da consulta.

- ♣ Comparar a intenção de adesão dos utentes com a percepção de adesão por parte do profissional de saúde.
- ♣ Verificar que factores afectam a percepção de gravidade da doença.
- ♣ Verificar que factores afectam a adesão ao tratamento prescrito.
- ♣ Verificar em que medida a percepção de gravidade da doença influencia a adesão dos utentes ao tratamento médico.

A investigação desenvolvida considera-se de grande importância, sobretudo na área da saúde. Em primeiro lugar, porque a percepção de gravidade da doença por parte do utente é relevante na melhoria do seu estado de saúde, na medida em que, pode estar relacionada com a adopção de comportamentos de saúde, com a definição do papel de doente e com a adesão à terapêutica prescrita pelo profissional de saúde.

A percepção de gravidade da doença é individual e depende de vários factores, entre os quais se podem destacar: a concepção do indivíduo do que é estar doente e do que é ser saudável; as experiências anteriores com situações de doença; as experiências de familiares e amigos com situações de doença; a percepção de controlo da doença; o balanço da relação benefícios/custos; as consequências da doença, entre outros.

O segundo motivo pelo qual o presente trabalho é extremamente importante está relacionado com os benefícios do *compliance*. Um paciente que mostre adesão ao tratamento prescrito pelo profissional de saúde e cumpra de forma integral as suas recomendações, demonstra uma recuperação mais rápida e menores custos económicos com o processo de tratamento. Pacientes que não aderem à terapêutica recomendada ou aderem apenas parcialmente ao tratamento, têm níveis de recuperação mais lentos e, por vezes, é necessária a prescrição de tratamentos complementares porque o paciente não aderiu ao primeiro tratamento prescrito e, entretanto, o seu estado de saúde agravou-se. Este aspecto é, inevitavelmente, prejudicial para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) na medida em que encarece o tratamento dos pacientes.

A decisão de adesão ou de não adesão é, também ela, individual e depende de muitos factores, que estão relacionados com o próprio paciente e com a doença. Contudo, outros aspectos como as características do tratamento, os factores interpessoais e o estabelecimento de saúde podem, também, ser importantes.

No presente trabalho de investigação será interessante perceber de que modo a experiência de doente em contexto de utilização de três estabelecimentos de saúde diferenciados (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da cidade de Faro) e a experiência de “não doente” afectam a percepção de gravidade da doença, a percepção das consequências da doença, o *compliance* e a satisfação dos pacientes com a consulta médica, variáveis de grande relevância para o Serviço Nacional de Saúde.

Introduz-se, no presente trabalho de investigação, uma configuração de factores que ainda não foram estudados em conjunto.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes consideravelmente diferentes. Na parte I do trabalho é feita uma revisão bibliográfica dos termos e conceitos que se consideram fundamentais para a compreensão do estudo. Nesta parte do trabalho são, também, explicadas as teorias alusivas ao tema e é feita referência a estudos realizados no âmbito do tema do trabalho. A segunda parte do trabalho (parte II) diz respeito a um estudo realizado na cidade de Faro e que pretende dar resposta aos objectivos acima explicitados.

A **parte I** do presente trabalho divide-se em quatro capítulos ao longo dos quais são apresentados os conceitos e termos considerados essenciais para a compreensão do tema e, também, as teorias explicativas dos processos analisados no estudo.

O primeiro capítulo desenvolve o tema “Saúde e Doença: Crenças e Explicações”. Neste capítulo são explicitados os conceitos de saúde e de doença, são expostos os factores que influenciam as percepções de saúde e de doença, o modo como as doenças afectam a vida dos indivíduos e é feita uma abordagem ao modelo de crenças de saúde.

O capítulo seguinte “A Percepção de Risco e Percepção de Doença” permite ao leitor conhecer o conceito de percepção de risco. Neste capítulo, é ainda incluída uma abordagem ao *stress* por este ser um factor que pode ter influência não só na percepção de gravidade da doença como também no *compliance* dos pacientes.

No terceiro capítulo é desenvolvido o tema “*Compliance*”. O termo *compliance* diz respeito à adesão do paciente às recomendações estabelecidas pelo profissional de saúde. No início deste capítulo é explicado o conceito de

medicamento, as suas formas e vias de administração e a forma como o medicamento actua no corpo do indivíduo. Esta primeira abordagem é considerada importante porque o modo como o tratamento interfere com a vida do indivíduo está relacionado com maiores ou menores níveis de adesão ao tratamento prescrito. Neste capítulo é, ainda, apresentada a definição do termo *compliance*, são explicitados os factores que o afectam, é demonstrado como é possível prever se um paciente vai ou não cumprir as prescrições médicas e é feita referência à importância da comunicação médico – paciente para este processo.

O último capítulo diz respeito à “Comunicação de Saúde” e faz referência aos intervenientes neste processo, factores que afectam esta comunicação e a sua importância para os cuidados de saúde.

A **parte II** do presente trabalho refere-se a uma investigação realizada na cidade de Faro com utentes em estabelecimentos de saúde diferenciados: Hospital Distrital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia.

A investigação foi desenvolvida através da aplicação de questionários a indivíduos aguardando consulta na sala de espera de Clínicas de Odontologia da cidade de Faro, a utentes do Serviço Nacional de Saúde e em situação de utilização de um dos estabelecimentos de saúde em estudo: Hospital Distrital de Faro ou Centro de Saúde de Faro e a indivíduos que se consideraram “não doentes” por se encontrarem em locais não relacionados com o SNS como, por exemplo, jardins públicos, esplanadas de cafés e pastelarias ou na rua.

Os indivíduos inquiridos foram escolhidos de entre os que se encontravam nos locais das recolhas de dados nos dias e horários em que estas decorreram.

Os questionários a aplicar, em qualquer um dos casos, foram elaborados tendo em conta os objectivos da investigação e os conteúdos teóricos abordados na parte I do trabalho. A recolha dos dados decorreu do modo que seguidamente se explicita:

- ♣ Foram aplicados sessenta e três questionários a indivíduos que se supôs não estarem doentes, pelo facto de não se encontrarem em nenhum estabelecimento de saúde e que confirmaram a sua condição de “não doentes” através da resposta aos questionários. Estes sujeitos foram inquiridos em espaços públicos (jardins, esplanadas de cafés ou pastelarias e na rua).

- ♣ Foram aplicados, em dez Clínicas de Odontologia, trinta questionários a utentes antes da consulta, trinta questionários a profissionais de saúde depois da consulta com os pacientes e trinta questionários a utentes depois da consulta com o médico odontologista.

- ♣ Foram aplicados, no Centro de Saúde de Faro, trinta questionários a utentes antes da consulta, trinta questionários a profissionais de saúde depois de consultarem os utentes e trinta questionários a utentes depois da consulta com o seu médico de família.

- ♣ Foram aplicados, no Hospital Distrital de Faro, trinta questionários a utentes antes da consulta externa, trinta questionários a profissionais de saúde depois de consultarem os utentes e trinta questionários a utentes depois da consulta com o médico.

Os resultados obtidos através da aplicação dos questionários revelam dados muito interessantes no que diz respeito às variáveis em estudo, sobretudo no que se refere às consequências da situação de doença para si mesmo e para os outros, no que diz respeito ao *compliance* e, também, no que se refere à satisfação dos utentes com as consultas médicas.

Parece poder afirmar-se, de um modo geral, que os indivíduos inquiridos em contexto de consulta (no Hospital Distrital de Faro, no Centro de Saúde de Faro e nas Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro) dizem-se mais aderentes às recomendações feitas pelo profissional de saúde do que os indivíduos inquiridos em situação de “não doentes”.

Assume particular interesse o facto dos indivíduos inquiridos no Hospital Distrital de Faro parecerem ser aqueles que se consideram mais aderentes às terapêuticas médicas e, ao mesmo tempo, os utentes que consideram que uma situação de doença sua teria menores consequências para si mesmo e para os indivíduos mais próximos. Provavelmente estes aspectos estão relacionados com um maior optimismo por parte destes utentes.

Os resultados obtidos revelaram, também, que os indivíduos “não doentes” além de se considerarem menos aderentes à terapêutica recomendada pelo profissional de saúde, provavelmente, porque não estão em situação de mal-estar e o contexto da consulta não está presente são, também, o grupo de indivíduos que

considera que uma situação sua poderia ter maiores consequências, quer para si mesmo, quer para os indivíduos que estão mais próximos.

A análise dos dados revelou, também, que o grupo de indivíduos mais satisfeito com as consultas médicas são os utentes das Clínicas de Odontologia. Provavelmente, o facto de serem utentes de um serviço privado faz com que estes indivíduos sintam que têm um maior controlo no que diz respeito à escolha do profissional de saúde e tenham a percepção de que uma mudança, em caso de não satisfação, seria sempre possível.

Os indivíduos “não doentes” parecem mostrar-se menos satisfeitos com as consultas médicas do que os inquiridos em contexto de utilização de um estabelecimento de saúde (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro).

CAPÍTULO I

SAÚDE E DOENÇA: CRENÇAS E EXPLICAÇÕES

1. Saúde e Doença: Crenças e Explicações

Introdução

A percepção individual de “ser saudável” e “estar doente” pode ter influência na procura de cuidados de saúde, nos comportamentos de saúde, na percepção de gravidade do estado de saúde e, eventualmente, na adesão ao tratamento recomendado pelo profissional de saúde.

Aquilo que os indivíduos entendem como estado de doença ou estado de saúde é influenciado por factores internos ao indivíduo, como a idade, o sexo, as habilitações literárias e por factores externos a ele como a sociedade em que se encontra inserido, a cultura e a religião.

Considerou-se importante estabelecer, neste capítulo, os conceitos de saúde e de doença e associá-los ao modelo de crenças de saúde porque estes aspectos podem ter influência não só na percepção de gravidade da doença definida pelos indivíduos, como também, na adesão ou não adesão destes indivíduos aos tratamentos recomendados pelo profissional de saúde.

1.1. O Conceito de Saúde e o Conceito de Doença

Segundo Marks, Murray, Evans e Willig (2000), a doença define-se em termos de sintomas físicos e está relacionada com a patologia física. A saúde é definida como a ausência de tais sintomas ou patologias. No entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na sua Carta Magna (1946), definiu saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções ou doenças” (In Piedrola, 1983, cit. por Duarte, 2002, pág. 39)

Segundo Duarte (2002), a saúde é determinada por vários factores que actuam sobre o indivíduo em simultâneo. Estes factores estão relacionados com aspectos biológicos, com o meio ambiente, com o estilo de vida e com os recursos em serviços de saúde.

Os conceitos de saúde e de doença são individuais e baseiam-se nas experiências dos indivíduos, nos seus valores socioculturais que são adquiridos através da aprendizagem dos valores e das representações próprias da comunidade na qual o indivíduo está inserido (Duarte, 2002).

A doença é considerada pelas várias sociedades com um “desvio da normalidade biológica e social” (Duarte, 2002, pág. 41). Para a maior parte dos indivíduos o estado de saúde é normal e, por isso, o estado de doença constitui um desvio à normalidade biológica. Para além disso, o estado de doença pode “impedir, ou de alguma forma dificultar, a manutenção do papel como membro activo e economicamente válido para o grupo do qual o indivíduo faz parte, o que conduz à segregação do indivíduo doente ou do idoso sem família” (Duarte, 2002, pág. 41), o que constitui um desvio à normalidade social.

Para Duarte (Duarte, 2002), numa situação de saúde, os indivíduos consideram como valor fundamental a sua capacidade para a actividade. Esta situação opõem-se à situação de doença em que o indivíduo deixa de ter essa mesma capacidade. Deste modo, “a saúde e a doença constituem a forma como o indivíduo interpreta e se relaciona com a sociedade” (Duarte, 2002, pág. 43) e com o meio ambiente.

Areia (1988, cit. por Duarte, 2002), afirmou que o que se pode considerar como doença é culturalmente relativo. Visto que, o estado de saúde ou de doença afecta a capacidade para a actividade e o modo como a sociedade encara o indivíduo, a doença pode ser considerada como “um sinal indicador de um estado de incapacidade pessoal que pode ou não ter fundamento biológico” (Areia, 1988 cit. por Duarte, 2002, pág. 43).

A saúde tem múltiplas dimensões. Ela não é propriedade do indivíduo, mas o reflexo da interacção do Homem com o seu ambiente e constitui parte do processo da sua vida do dia-a-dia (Soutelo, s.d. citado por Duarte, 2002).

1.2. A Interpretação do “Ser Saudável”

Segundo Ogden (Ogden, 1999), para a maioria das pessoas ser saudável é a norma, ou seja, a maior parte das pessoas é saudável durante a maior parte do tempo. Deste modo, as pessoas tendem a interpretar o estado de doença em oposição ao que consideram ser um estado de saúde. Contudo, para a OMS o conceito de saúde engloba as dimensões mental e social, não dando ênfase apenas à dimensão física, que se revela de importância primária para a maioria das pessoas.

Em 1999, Ogden agrupou as crenças de saúde dentro das seguintes dimensões:

- **Fisiológica/física:** por exemplo, ter boa condição física, ter energia.
- **Psicológica:** por exemplo, estar feliz, ser enérgico, sentir-se bem psicologicamente.
- **Comportamental:** por exemplo, comer, dormir bem.
- **Consequências futuras:** por exemplo, viver mais tempo.
- **A ausência de:** por exemplo, não estar doente, nenhuma doença, sem sintomas (Ogden , 1999, pág. 56).

Este modelo contempla as dimensões físicas e psicológicas (mentais) definidas pela OMS, mas não inclui a dimensão social (Ogden , 1999).

1.3. A Interpretação do “Estar Doente”

Lau (1995, cit. por Ogden, 1999), efectuou um estudo em que questionou jovens adultos acerca do “que significa estar doente”. As respostas indicam as dimensões que os indivíduos utilizam para conceptualizar a doença:

- **Não se sentir normal:** por exemplo, “Não me estou a sentir bem”.
- **Sintomas específicos:** por exemplo, fisiológicos/psicológicos (dores de cabeça, febre, indisposição, náuseas, apatia, cansaço, entre outros).
- **Doenças específicas:** por exemplo, cancro, constipação, depressão.
- **Consequências da doença:** por exemplo, “Não consigo fazer o que costumava fazer”.
- **Dimensão temporal:** por exemplo, quanto tempo vão durar os sintomas.
- **A ausência de saúde:** por exemplo, não se sentir saudável (Lau, 1995 cit. por Ogden, 1999, pág. 56).

1.4. As Causas das Doenças e a Modificação Ambiental

Durante muito tempo o Homem teve dificuldade em conhecer a origem das doenças e as explicações que surgiam eram confusas e, muitas delas, erradas. Até ao século XIX as doenças transmissíveis e as doenças infecciosas eram atribuídas a miasmas e as doenças não transmissíveis eram um mistério, não fazendo parte do

conhecimento humano a existência de uma relação entre condições de vida e saúde (McKeown, 1988).

O aparecimento do microscópio óptico e os avanços na medicina permitiram que, no século XX, algumas concepções erradas acerca das doenças transmissíveis fossem eliminadas. No entanto, as doenças não transmissíveis continuavam a ser um mistério e só nas últimas décadas se têm vindo a acumular provas da influência ambiental e comportamental na saúde.

A saúde e a sobrevivência do Homem, tal como a dos outros animais baseia-se na satisfação das necessidades básicas e na fuga dos perigos mais sérios. Segundo McKeown (1988), existem quatro necessidades básicas à sobrevivência do Homem: alimento, oxigénio, calor e água. Os nossos antepassados identificaram estas necessidades como os quatro elementos: terra, ar, fogo e água.

McKeown (1988), defende que a respeito da saúde, é significativo dizer que o tempo durante o qual uma pessoa pode sobreviver sem esses elementos essenciais é inversamente proporcional à sua disponibilidade. Sem oxigénio o Homem pode sobreviver apenas poucos minutos, sem calor algumas horas, sem água alguns dias e sem alimento umas semanas.

O Homem não consegue sobreviver sem oxigénio. Este gás permite-lhe realizar um processo muito importante, a respiração, que é indispensável à obtenção de energia. Contudo, na superfície da Terra, o oxigénio é praticamente ilimitado. O calor e a água são, também, necessários para uso imediato por parte do Homem, mas estes elementos também estão praticamente sempre acessíveis. Para McKeown (1988), o oxigénio, o calor e a água são os requisitos de saúde dados, e não é possível sobrevivermos onde eles escasseiem seriamente.

A falta de oxigénio, de calor ou de água, geralmente, não é causa de doença ou morte no Homem porque a sua disponibilidade é relativamente grande e não põe em risco a saúde humana. A situação é, no entanto, consideravelmente diferente relativamente ao alimento, pois a sua disponibilidade é limitada. O Homem necessita de nutrientes que só podem ser obtidos através da ingestão de outros seres vivos. O tamanho das populações animais é determinado, em última análise, pela quantidade de alimentos disponíveis.

Os recursos alimentares humanos estão consideravelmente comprometidos pelo tamanho da população. Apesar de actualmente se cultivarem cada vez mais as áreas marginais e das técnicas de cultivo produzirem cada vez maior quantidade de

alimentos, parece que a exploração de alimentos pode não ser suficiente se a população humana continuar a aumentar em grande escala. Segundo McKeown (1988), embora se possa aumentar a produtividade, há limites estreitos para a quantidade de população que pode ser alimentada. Ao contrário dos outros elementos essenciais, os alimentos não são, portanto, dados. Nesta perspectiva, pode considerar-se que o alimento é o determinante decisivo da saúde e do crescimento da população.

Apesar dos alimentos serem um determinante na saúde humana, esta também é ameaçada por diversos perigos, que podem ser naturais ou surgir por obra humana. Os predadores e os parasitas constituem os perigos naturais para a maioria dos animais. Contudo, o Homem, não possui predadores naturais, ou seja, não existem outros animais que se alimentem de carne humana. Os parasitas também têm sido controlados com os avanços registados na medicina e na indústria farmacêutica.

Assim, podemos considerar que dos perigos, aquele que constitui a maior ameaça para a saúde é o que vem do próprio homem.

Segundo McKeown (1988), o homem primitivo não dispunha da tecnologia e avanços científicos que hoje conhecemos e os perigos para o homem, nesta altura, advinham, sobretudo, da procura alimento e da sua captura. Com as revoluções agrícola e industrial, o Homem introduziu no meio ambiente alterações profundas das quais se podem destacar a poluição da água, do solo e da atmosfera, que provocaram o inevitável aquecimento global em consequência do aumento do efeito de estufa. McKeown (1988) considerou que essas mudanças se deram num período muito curto – em termos de escala temporal de evolução da espécie – e, portanto, estamos geneticamente mal preparados para os tipos de vida que criámos.

Com as revoluções acima mencionadas, as condições de vida, sobretudo nos países desenvolvidos, modificaram-se muito quando comparadas com as condições em que viveu o Homem primitivo. Acontece que, o processo de industrialização, é recente e é certo que produziu alterações profundas no ambiente e na vida do Homem. McKeown (1988), considerou que em tão breve período não houve tempo para grandes adaptações genéticas e, por isso, pode afirmar-se que a maioria das doenças não transmissíveis (como o cancro, a diabetes *mellitus*, entre outras) se deve a mudanças nas condições de vida e no comportamento ligadas à industrialização.

1.5. Os Dois Tipos de Doença

1.5.1. A Doença Aguda

Segundo Coutinho (Coutinho, 1980), as doenças agudas são doenças que se estabelecem subitamente e têm uma evolução rápida. Estas afecções duram pouco tempo, no máximo um a dois meses. Pode, assim, considerar-se que uma doença aguda é uma doença que aparece subitamente e cujas melhoras são, geralmente, rápidas.

Segundo Coutinho (1980), há certas doenças com carácter de cronicidade que apresentam na sua evolução surtos agudos.

Quando uma doença aguda é diagnosticada, o indivíduo deve incorporar o papel de doente na sua vida de modo a adaptar-se à nova situação em que se encontra. Contudo, esse papel é representado durante um curto período de tempo, visto que, as melhoras de uma doença aguda são, geralmente, rápidas.

O comportamento do paciente é um aspecto muito importante na prevenção e no tratamento das doenças, sejam elas agudas ou crónicas. O estilo de vida adoptado, a alimentação e os hábitos de vida são aspectos a considerar na prevenção e no tratamento das doenças. Contudo, outros aspectos, como a procura atempada de cuidados de saúde e o cumprimento da prescrição médica são, também, importantes.

1.5.2. A Doença Crónica

“As doenças crónicas são doenças que se mantêm durante muito tempo ou que evoluem bastante lentamente” (Coutinho, 1980, pág. 626). As doenças crónicas são doenças que apresentam uma ou mais das características que se seguem: são permanentes, levam a incapacidades residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, requerem um treino especial para a reabilitação do paciente, ou espera-se que, requeiram um longo período de supervisão, observação ou cuidados de saúde (Dictionary of health services management, 1982, cit. por OMS, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (2001) as doenças crónicas são uma causa frequente de mortalidade e morbidade em Portugal, destacando-se as doenças do aparelho circulatório (doenças cerebrovasculares, doença isquémica do coração e

hipertensão arterial), os tumores malignos (estômago, pulmão, mama e próstata), as incapacidades resultantes de acidentes (acidentes de viação, domésticos e profissionais), a diabetes *mellitus* e a doença crónica do fígado.

Os comportamentos preventivos têm como objectivo evitar o aparecimento da doença crónica. Contudo, quando os indivíduos já estão doentes o comportamento continua a ser importante, sobretudo na prevenção das complicações e do agravamento do estado de saúde. São, também, aspectos importantes para o controlo da doença crónica, os comportamentos de adesão aos tratamentos médicos recomendados que podem contribuir para uma melhoria da qualidade de vida e do estado de saúde do paciente.

A mudança de comportamentos e de estilos de vida é, muitas vezes, importante em doentes crónicos porque, a redução de comportamentos de risco e a adopção de comportamentos saudáveis permite, com alguma frequência, um controlo mais eficaz da doença, a prevenção de complicações, a melhoria da qualidade de vida e a sobrevivência mais longa.

Segundo Taylor (2003), a percepção de controlo pessoal e o optimismo parecem ter um papel protector, uma vez que, estão associados a um menor relato de sintomas físicos, maior envolvimento em comportamentos saudáveis e recuperação mais rápida do estado de saúde.

Segundo Taylor (2003), os pacientes que não são capazes de incorporar a doença crónica nas suas vidas, podem não seguir o regime de tratamento e tornar-se não aderentes. Estes doentes podem estar impropriamente familiarizados com possíveis sinais de recorrência ou agravamento do estado de saúde e adquirir comportamentos que põem em risco a sua saúde, aumentando a possibilidade de recorrência ou outras complicações da doença (Taylor, 2003). Assim, a aceitação da doença, das restrições que esta impõe e do regime de tratamento são processos importantes para lidar com a doença crónica.

As doenças crónicas podem ser melhoradas e, por vezes, controladas com tratamentos medicamentosos, mudanças no estilo de vida ou adopção de hábitos de vida saudáveis. Se os pacientes tiverem estes aspectos em consideração e cumprirem integralmente os regimes de tratamento prescritos pelo médico podem melhorar muito a sua qualidade de vida, evitando variadas complicações e sofrimento. O doente necessita de aceitar a sua condição e assumir este papel de forma a encarar a

doença como um problema que pode ser controlado através do cumprimento dos conselhos do profissional de saúde.

1.5.2.1. A Adesão a Regimes de Tratamento de Doenças Crónicas

As características dos regimes de tratamento dos pacientes crónicos são aquelas que normalmente estão associadas a elevados níveis de não adesão. De acordo com Turk e Meichenbaum (1991 cit. por Taylor, 2003), os regimes de tratamento que devem ser seguidos durante um longo período de tempo, que são complexos, que interferem com actividades de vida agradáveis e que envolvem alterações no estilo de vida, mostram baixos níveis de adesão. Estas características estão presentes nos regimes de tratamento de doenças crónicas. Assim, é fácil compreender por que motivos os doentes crónicos mostram baixos níveis de adesão.

“A adesão a um aspecto de um regime de tratamento complexo não garante a adesão a outros aspectos desse mesmo regime” (Taylor, 2003, pág. 368). Por exemplo, um paciente pode ser aderente com um determinado aspecto do regime de tratamento, que não interfira muito com o seu estilo de vida, que não seja demasiado complexo ou difícil de memorizar (como por exemplo, a toma de medicação), mas pode não aderir a outro aspecto do tratamento que seja mais ameaçador à sua liberdade (como por exemplo, fazer uma dieta, suprimir o consumo de tabaco).

As crenças na auto-eficácia são um importante determinante da adesão aos regimes de tratamento entre os doentes crónicos (Strecher et al., 1986, cit. por Taylor, 2003). Em particular, elevadas expectativas de controlo da própria saúde, associadas com o conhecimento do regime de tratamento, predizem a adesão em doentes hipertensos (Stanton, 1987 cit. por Taylor, 2003), diabéticos (Grossman, Brink e Hauser, 1987 cit. por Taylor, 2003) e em doentes renais terminais (Schneider, Friend, Whitaker e Wadhwa, 1991 cit. por Taylor, 2003).

Por vezes, os doentes crónicos empregam a não adesão criativa (Taylor, 2003, pág. 368). A não adesão criativa consiste em fazer alterações no regime de tratamento médico, no que se refere a aspectos como a dosagem, as tomas, os medicamentos a tomar, entre outros. O paciente prescreve um novo regime de tratamento que considera mais apropriado para si.

Kaplan (1990 cit. por Taylor, 2003), afirmou que a não adesão criativa pode ser o resultado do facto dos pacientes conhecerem bem as suas doenças e, por esse

motivo, fazerem ajustes nos seus regimes de tratamento em resposta ao *feedback* interno. No entanto, a não adesão criativa pode ser perigosa e levar ao agravamento do estado de saúde do paciente.

1.6. As Reacções à Doença

As reacções à doença são individuais e dependem de vários factores relacionados não só com a própria doença, mas também com o indivíduo. As limitações impostas pela situação de doença, o regime de tratamento, as experiências anteriores com a situação de doença e as partes do corpo afectas pela doença são factores muito importantes na determinação das reacções dos pacientes à situação de doença em que se encontram.

Quando um indivíduo experencia uma situação de doença ou sofre um acidente, as suas actividades de vida são bruscamente interrompidas. Este facto desencadeia uma série de reacções emocionais do indivíduo à situação vivida (Sebastiani, 1998). Segundo Sebastiani (1998), num primeiro momento, estas reacções emocionais estão ligadas à reacção de alarme (ver página 51) ou, mais especificamente, à fase de choque desta, no movimento adaptativo ao *stress*. Podem indicar-se, então, reacções de estupor, impotência, medo, não raramente permeadas por atitudes de raiva e revolta, podendo ser, também, acompanhadas de agressividade (Sebastiani, 1998).

Não raramente, os indivíduos lidam com o diagnóstico de uma doença crónica através da **negação**. Segundo Taylor (2003), a negação é um mecanismo de defesa pelo qual as pessoas evitam as implicações da doença. Podem actuar como se a doença não fosse tão severa, como se rapidamente desaparecesse, ou como se tivesse poucas implicações a longo prazo (Taylor, 2003).

Imediatamente após o diagnóstico de uma doença crónica, a **ansiedade** é comum. Muitos pacientes ficam apreensivos com a possibilidade de ocorrerem alterações nas suas vidas e com o medo da morte. A ansiedade pode surgir, também, durante o processo de desenvolvimento da doença (Hughes, 1987; Popkin, Callies, Lentz, Colon e Sutherland, 1988 cit. por Taylor, 2003).

A **depressão** é uma reacção comum à doença crónica. Mais de um terço dos pacientes com doença crónica apresentam, pelo menos, sintomas moderados de

depressão e mais de um quarto sofre de depressão severa (Moody, McCormick e Williams, 1990; Rodin e Voshart, 1986 cit. por Taylor, 2003).

1.7. O Diagnóstico das Doenças

O diagnóstico é a identificação de uma doença com base na história do doente e no seu exame médico. À distinção de uma doença das outras que se lhe podem assemelhar chama-se mais particularmente **diagnóstico diferencial** (Lexicoteca Moderna Enciclopédia Universal, 1987, tomo VI; Coutinho, 1980).

Segundo Coutinho (1980), é no diagnóstico, mais do que no tratamento, que a perícia e os conhecimentos do médico são postos à prova. Durante o diagnóstico o médico analisa conscienciosamente os dados fornecidos pela história progressiva e pelos antecedentes hereditários do caso, os sintomas apresentados e os sinais observados durante o exame médico.

O diagnóstico feito pelo profissional de saúde pode requerer análises laboratoriais (provas de aglutinação, análises qualitativas e quantitativas de todos os líquidos do organismo, reacções serológicas, pesquisa de vários microorganismos, etc.), testes radiológicos e/ou outros (Coutinho, 1980).

O **diagnóstico precoce** é a identificação de uma doença ainda em fase inicial, quando ainda se manifestam poucos ou nenhuns sintomas. Os seus objectivos são favorecer o prognóstico, diminuindo as sequelas e facilitando a terapêutica, e pode significar cura ou maior sobrevivência nas afecções malignas. É de realçar a sua importância em todas as doenças em geral e, em particular, nas neoplasias (Lexicoteca Moderna Enciclopédia Universal, 1987, tomo VI, pág. 263).

Segundo Ogden (1999), antes (e, com frequência, depois) de consultarem um profissional de saúde, as pessoas acedem ao seu “sistema leigo de referência”. Algo que pode assumir a forma de colegas de trabalho, amigos ou família e implicar a procura de informação e conselhos oriundos de múltiplas fontes.

Shontz (1975, cit. por Ogden, 1999), descreveu as fases de *coping* que os indivíduos atravessam após o diagnóstico de uma doença crónica:

- **Choque:** inicialmente, depois de diagnosticada uma doença grave, a maioria das pessoas passa por um estado de choque. O estado de choque caracteriza-

se pelo facto do indivíduo ficar estupefacto e desorientado, comportando-se de forma automática, com sentimentos de indiferença em relação à situação.

- **Reacção de defrontar:** esta fase é caracterizada por um pensamento desorganizado e sentimentos de perda, luto, desamparo e desespero.
- **Retraimento:** esta fase é caracterizada pela negação do problema e das suas implicações e por um retraimento no *self* para si mesmo (Shontz, 1975, cit. por Ogden, 1999).

1.8. O Que São Comportamentos de Saúde?

Segundo Ogden (1999), os comportamentos de saúde são, geralmente, encarados como comportamentos relacionados com o estado de saúde do indivíduo. Segundo o mesmo autor, pode considerar-se a existência de dois tipos de comportamentos de saúde: os comportamentos promotores de saúde e os comportamentos prejudiciais à saúde.

Os **comportamentos promotores de saúde**, tal como a expressão indica, são comportamentos que têm em vista a manutenção da saúde, seja pela prevenção (ex.: vacinar-se, visitar regularmente o médico, fazer exames de rotina, ter uma alimentação cuidada, etc.), seja pelo tratamento (ex.: cumprir a prescrição médica) (Ogden, 1999).

Os **comportamentos prejudiciais à saúde** são os comportamentos adoptados pelos indivíduos e que diminuem ou agravam o seu estado de saúde (ex.: fumar, comer comida gordurosa, beber bebidas alcoólicas etc.) (Ogden, 1999).

Kasl e Cobb (1996, cit. por Ogden, 1999, págs. 25 e 26), definiram três tipos de comportamentos relacionados com a saúde. Sugeriram que:

- Um comportamento de saúde é um comportamento cujo objectivo é impedir o aparecimento de uma doença (por exemplo, ter uma dieta saudável).
- Um comportamento de doença é um comportamento cujo objectivo é encontrar um tratamento (por exemplo, procurar um médico).
- Um comportamento de doente é uma actividade que tem como objectivo ficar saudável (por exemplo, tomar a medicação prescrita pelo médico, repousar).

1.9. Efeitos do Apoio Social na Doença e nos Hábitos de Saúde

O apoio social pode diminuir a probabilidade de contrair uma doença, pode implicar uma melhoria mais rápida do estado de saúde e reduzir o risco de mortalidade associado a doenças graves (House, Landis e Umberson, 1988 cit. por Taylor, 2003).

Estudos que controlam o estado de saúde inicial mostram que as pessoas com elevada quantidade e, por vezes, elevada qualidade de relações sociais têm níveis mais baixos de mortalidade (Berkman, 1985; House et al., 1988 cit. por Taylor, 2003). O isolamento social é o maior factor de risco de morte para os seres humanos e, também, para os outros animais (House et al., 1988 cit. por Taylor, 2003).

Taylor (2003), referiu que a presença de contactos sociais permite às mulheres viverem, em média, mais 2,8 anos e aos homens, em média, mais 2,3 anos.

O apoio social parece afectar directamente os hábitos de saúde (Lewis e Rook, 1999; Umberson, 1987 cit. por Taylor, 2003). As pessoas com maiores níveis de apoio social são geralmente mais aderentes aos regimes medicamentosos (Christensen et al., 1992; Kulik e Mahler, 1993; Wallston et al., 1983 cit. por Taylor, 2003) e são mais prováveis de utilizar os serviços de saúde, especialmente quando o apoio está inclinado para esses serviços (Geersten, Klauber, Rindflesh, Kane e Gray, 1975; Wallston et al., 1983 cit. por Taylor, 2003).

No entanto, existem evidências de que o apoio social demasiado intensivo pode, de facto, aumentar o *stress* (Shumaker e Hill, 1991 cit. por Taylor, 2003). Quando o apoio social é controlador e directivo, pode ter algum benefício nos comportamentos de saúde, mas produz angústia psicológica (Fisher, La Greca, Greco, Arfken e Schneidernam, 1997; Lewis e Rook, 1999 cit. por Taylor, 2003).

O apoio social percebido por um indivíduo é um factor importante, não só no que se refere à adesão a regimes de tratamento, como também na prevenção das doenças pela aquisição de hábitos de vida saudáveis. Os indivíduos com maior apoio social percebido sentem-se amados, importantes e acarinhados. A opinião da(s) pessoa(s) que fornece(m) o apoio social ao paciente é importante na sua tomada de decisão relativamente à saúde. Se os indivíduos que fornecem o apoio social incentivarem o paciente a cumprir o regime medicamentoso, adoptar um estilo de vida mais saudável ou ter uma alimentação mais cuidada, o doente terá maior tendência para o fazer do que nos casos em que o apoio social percebido é menor ou

em que este apoio incentiva os comportamentos contrários aos recomendados pelo profissional de saúde.

Muitas vezes, o acompanhamento dos familiares e amigos é determinante na recuperação do doente. Quando o tratamento requer alteração nos hábitos de vida do paciente (mudança nos hábitos alimentares, adopção de um estilo de vida menos sedentário ou supressão dos hábitos tabágicos ou alcoólicos), é vantajoso que o paciente seja acompanhado pelos indivíduos que lhe estão mais próximos, ou seja, os familiares e amigos podem, também eles, alterar os seus hábitos de vida, tornando-os próximos dos do paciente. Assim, o paciente sentir-se-á mais acompanhado e mais motivado para cumprir as recomendações médicas.

O apoio social tem, também, influência no *stress* sentido pelos indivíduos, mas este será um assunto abordado mais pormenorizadamente no capítulo II.

1.10. O Modelo de Crenças de Saúde

O modelo de crenças de saúde mostra que a acção de um indivíduo relativamente à saúde resulta da interferência de cinco crenças básicas. Segundo Ogden (1999), essas crenças são as percepções individuais de:

- **Susceptibilidade para a doença** (por exemplo, “a probabilidade de eu contrair um cancro do pulmão é alta”).
- **Gravidade da doença** (por exemplo, “o cancro do pulmão é uma doença grave”).
- **Custos** envolvidos na realização de um comportamento (por exemplo, “deixar de fumar vai deixar-me irritável”).
- **Benefícios** envolvidos na realização de um comportamento (por exemplo, “deixar de fumar vai poupar-me dinheiro”).
- **Pistas para a acção** que podem ser internas (por exemplo, o sintoma de falta de ar) ou externas (por exemplo, informações na forma de folhetos de educação para a saúde) (Ogden, 1999).

A investigação indica que aceitar seguir um regime dietético, praticar sexo seguro, ser vacinado, fazer visitas regulares ao dentista e frequentar programas de prática regular de exercício físico está relacionado com a percepção do indivíduo da sua **susceptibilidade** para um determinado problema de saúde, com a crença da



gravidade do problema e com a percepção de que os **benefícios** da acção preventiva são superiores aos **custos** (Becker, 1974; Becker e col., 1977; Becker e Rosenstock, 1984 cit. por Ogden, 1999).

O modelo de crenças de saúde sugere, ainda, que as decisões relacionadas com a saúde são desencadeadas por **estímulos ambientais**. Versões posteriores do modelo (Becker, 1974) acrescentaram uma outra dimensão, a **motivação** do indivíduo (Bennett e Murphy, 1999).

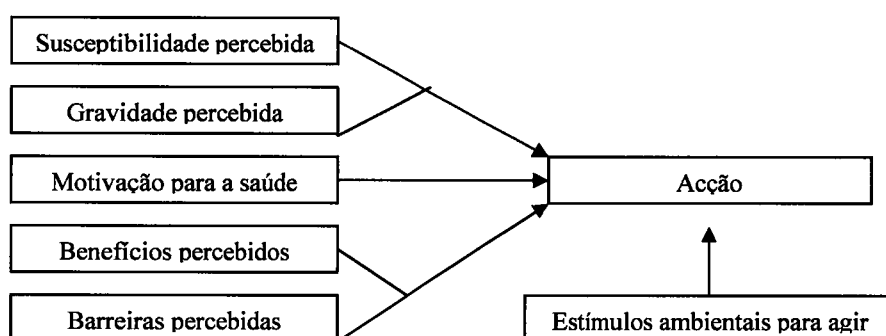


Figura 1.1. – *Modelo de crenças de saúde* (Adaptado de Bennett e Murphy, 1999).

1.11. Porque Procuram as Pessoas os Cuidados de Saúde?

Um indivíduo pode procurar os cuidados de saúde por iniciativa própria ou por interferência de outra pessoa. Em qualquer dos casos, o indivíduo tem que perceber alterações no seu estado de saúde, ou, em alternativa outra pessoa pode ter essa percepção. De um modo geral, o indivíduo só procura os cuidados de saúde quando percebe que algo não está dentro dos parâmetros habituais.

Segundo Duarte (2002), o indivíduo que procura os cuidados de saúde constitui uma unidade diferenciada e é portador de uma vivência única da sua doença. A consulta com o profissional de saúde é normalmente o resultado da percepção de um ou vários sintomas (dores, mal-estar, náuseas, vómitos, etc.) que afectam a vida do paciente. O paciente espera, contudo, reconhecimento da sua doença e de si mesmo como pessoa doente (Duarte, 2002), quer por parte do profissional de saúde, quer por parte dos indivíduos com os quais convive.

Duarte (2002), afirma que a sociedade é normativa, na medida em que, há um conjunto de comportamentos esperados que o doente deverá assumir e sem os quais

poderá ser considerado como portador de um comportamento desviante ou inaceitável.

A sociedade rotula os doentes e espera deles uma aparência e um comportamento específico que estão, obviamente, relacionados com a doença. É importante, no entanto, não esquecer que a experiência de doente é individual e, por esse motivo, diferente de pessoa para pessoa.

Existem vários factores que influenciam a experiência de doente e, entre estes podem destacar-se, a experiência individual ou de familiares e amigos com a doença, a percepção de gravidade da doença, a percepção de controlo sobre a situação, a percepção de curabilidade da doença, entre outros.

1.12. Factores que Afectam a Procura dos Cuidados de Saúde

Segundo Duarte (2002), os principais factores que influenciam a procura dos cuidados de saúde por parte dos indivíduos doentes são:

- **A idade:** dependendo da fase da vida em que a pessoa se encontra, esta pode considerar que não tem tempo para estar doente. Os jovens e os adultos estão numa fase da sua vida em que a ocupação profissional os envolve de tal forma que acham que não podem ficar doentes (Duarte, 2002).
- **As mezinhas:** algumas doenças consideradas menos importantes são curadas à base de medicamentos caseiros ou com recurso a curandeiros. De um modo geral, as pessoas que acreditam neste tipo de tratamento procuram menos os cuidados de saúde (Duarte, 2002).
- **Os saberes médicos:** os saberes que constróem a cultura médica de cada um são obtidos, sobretudo, através dos contactos que se mantém com os profissionais de saúde e com as instituições sanitárias, além da que se adquire com os mais velhos. Quanto mais os saberes médicos dos indivíduos colidem com os dos profissionais de saúde, menos os indivíduos procuram os cuidados médicos (Duarte, 2002).
- **As experiências prévias:** uma das fontes de conhecimento relativamente à saúde e à doença é constituída pelas experiências prévias de cada pessoa. Estas experiências poderão ter origem quer na história pregressa de cada um, quer nas experiências vividas pelos membros da família ou pelos amigos, vizinhos ou colegas de trabalho. Por vezes, as pessoas numa segunda experiência pessoal com a doença

podem considerar que conhecem a cura e evitam a procura dos cuidados de saúde (Duarte, 2002).

Quando um indivíduo é surpreendido por uma alteração no seu estado de saúde, antes de procurar os cuidados de saúde, procura no conjunto leigo dos seus saberes ou em alguém próximo, um conselho no sentido de compreender o que se passa consigo e que atitude deve tomar.

Geralmente, os indivíduos procuram conselhos em alguém que saiba mais do que eles e que seja de fácil acesso. Helman, 1994, cit. por Duarte, 2002, afirmou que os indivíduos mais procurados para conselhos de saúde são: indivíduos que sofreram um tratamento específico, indivíduos com muita experiência de vida, profissionais paramédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, rececionistas de consultórios médicos, cabeleireiros ou mesmo funcionários bancários, que interagem frequentemente com o público (Helman, 1994, cit. por Duarte, 2002).

1.13. Quem Usa os Serviços de Saúde?

As doenças não estão igualmente distribuídas na população, assim como não o estão os indivíduos que usam os serviços de saúde.

A presença de sintomas atípicos, uma doença séria, ou uma incapacidade são as causas principais para os indivíduos procurarem ajuda (Cameron, Leventhal, 1993; Johnson e Wolinsky, 1993 cit. por Taylor, 2003).

Existem diferenças de **idade, género, cultura e classe social** nas pessoas que utilizam habitualmente os serviços de saúde. Alguns **factores sócio - psicológicos** são, também, importantes.

1.13.1. A Idade

A idade é um factor que influencia a utilização dos serviços de saúde por parte dos indivíduos. As **crianças** e os **idosos** utilizam os serviços de saúde com maior frequência (Aday e Andersen, 1974 cit. por Taylor, 2003).

Segundo Taylor (2003), as crianças desenvolvem uma série de doenças infecciosas, características da infância, à medida que adquirem a sua imunidade.

Assim, elas necessitam frequentemente de um pediatra e visitam com alguma regularidade o serviço de saúde.

Na fase de adolescência e de jovens adultos, a frequência de doença dos indivíduos diminui e, como tal, a utilização dos serviços de saúde declina (Taylor, 2003).

O uso dos serviços de saúde volta a aumentar na velhice, quando as pessoas começam a desenvolver doenças crónicas. A utilização dos serviços de saúde pelos mais idosos está relacionada com o processo de envelhecimento (Wolinsky, Mosely e Coe, 1986 cit. por Taylor, 2003).

1.13.2. O Género

As **mulheres** utilizam mais os serviços de saúde do que os homens (Fuller, Edwards, Sermsri e Vorakitphokatorn, 1993 cit. por Taylor, 2003). Segundo Taylor (2003), a gravidez e o nascimento dos filhos correspondem à maioria das diferenças de género no uso dos serviços de saúde.

Muitas outras explicações têm surgido para as diferenças genéricas no uso dos serviços de saúde. Entre estas, pode destacar-se o facto das mulheres terem melhores mecanismos homeostáticos do que os homens. Assim, elas sentem a dor mais cedo, experimentam mudanças de temperatura mais rapidamente e detectam novos cheiros mais depressa. Pode-se, então, considerar que as mulheres são mais sensíveis a alterações no corpo do que os homens (Leventhal et al., 1992 cit. por Taylor, 2003).

Outra explicação possível vem das normas sociais diferentes entre homens e mulheres, sobretudo no que se refere à expressão da dor e da doença. Dos homens espera-se uma imagem de “macho”, que inclui o ser capaz de ignorar a dor e não ceder a uma doença, enquanto que as mulheres não estão sujeitas à mesma pressão (Klonoff e Landrine, 1992 cit. por Taylor, 2003).

Os factores económicos podem, também, ser importantes. Mais mulheres são trabalhadoras em *part-time* ou não trabalhadoras e, como resultado, não têm que tirar tempo do trabalho para procurar os cuidados médicos e não perdem tanto rendimento quando estão doentes. Assim, as mulheres podem utilizar com maior frequência os serviços de saúde porque a situação de doença tem menores danos na vida da mulher do que na vida do homem (Marcus e Siegel, 1982 cit. por Taylor, 2003).

Além de tudo isto, Taylor (2003), refere ainda que os homens tendem a consultar apenas um médico para fazer o *check-up*, enquanto as mulheres utilizam cuidados de saúde mais especializados: ginecologia e obstetrícia, clínica geral, oftalmologia, estomatologia, otorrinolaringologia, entre outros.

1.13.3. A Classe Social e a Cultura

As classes sociais mais baixas utilizam mais os serviços de saúde públicos do que os indivíduos das classes sociais mais elevadas. Os cuidados de saúde privados são muito dispendiosos e os indivíduos das classes sociais mais baixas não têm rendimentos que lhes permitam suportar essa despesa.

A cultura pode, também, influenciar a procura dos serviços de saúde. Indivíduos pertencentes a grupos sociais com cultura cujas crenças de saúde são muito diferentes das dos profissionais de saúde têm tendência a procurar menos estes cuidados (Taylor, 2003).

A religião pode, também, estar envolvida neste fenómeno, na medida em que, muitas crenças religiosas são incompatíveis com as práticas médicas. Como exemplo, podem citar-se as testemunhas de Jeová que se recusam a receber transfusões sanguíneas por este procedimento ser contra as suas crenças religiosas.

1.13.4. Os Factores Sócio-Psicológicos

Segundo Taylor (2003), os factores sócio-psicológicos, isto é, as atitudes e as crenças de um indivíduo acerca dos sintomas de uma doença, dos profissionais de saúde e dos serviços de saúde, influenciam quem utiliza os serviços de saúde.

Outro factor que leva os indivíduos a procurar tratamento são as **relações interpessoais**. Por exemplo, uma crise interpessoal pode determinar o momento em que o sintoma ameaça a relação entre o paciente e outro indivíduo (Zol, 1973 cit. por Taylor, 2003).

A **interferência social** é, também, um factor importante na procura de ajuda. Quando as actividades válidas ou as obrigações sociais, como o trabalho ou as férias, são ameaçadas por um sintoma, uma pessoa é mais provável de procurar um tratamento do que se esta ameaça não acontecer (Taylor, 2003).

Finalmente, a **punição social** pode aumentar o recurso aos serviços médicos de saúde. Por exemplo, quando o patrão exige ao seu trabalhador que procure um médico ou volte ao trabalho (Taylor, 2003).

Pode, então, afirmar-se que os serviços de saúde são usados por pessoas doentes, que têm tempo, dinheiro, experiências anteriores, acesso ao serviço de saúde e crenças que favorecem a utilização desse serviço (Andersen, 1995 cit. por Taylor, 2003).

1.14. Mau Uso dos Serviços de Saúde

Muitas vezes, os serviços de saúde são mal utilizados pelos utentes. Alguns exemplos desta má utilização dizem respeito a pessoas que não pretendem trabalhar nesse dia, que marcam uma consulta para adquirir receitas de medicamentos ou que visitam o médico apenas para ter com quem conversar, sobrecarregando o sistema de saúde (Taylor, 2003).

Noutros casos, a má utilização dos serviços de saúde pode ter consequências mais graves para os utentes. É o caso dos indivíduos que deveriam procurar os cuidados de saúde para um problema que pode ser grave, mas não o fazem ou fazem apenas quando têm tempo (Taylor, 2003).

Resumo

Para a Organização Mundial de Saúde, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecções ou doenças. Contudo, para a maioria das pessoas a maior ênfase é dada à dimensão física dos problemas de saúde, descurando, muitas vezes, os aspectos mental e social.

Os conceitos de saúde e de doença variam de cultura para cultura, tendo o seu fundamento nas crenças socialmente aceites pelo grupo a que pertencem os indivíduos. As diferentes culturas tem diferente relação com o corpo e com os sintomas conotados como verdadeiramente importantes.

A percepção que os indivíduos têm do estado de saúde ou de doença pode ter influência na percepção de gravidade da doença, assunto que constitui o tema do capítulo que se segue.

CAPÍTULO II

A PERCEPÇÃO DE RISCO E A PERCEPÇÃO DE DOENÇA

2. A Percepção de Risco e a Percepção de Doença

Introdução

O modo como o indivíduo percebe o seu estado de saúde é de grande importância para os cuidados médicos. Este aspecto prende-se com o facto da percepção de gravidade da doença poder exercer influências sobre:

- A adesão dos pacientes aos conselhos médicos ou de saúde.
- Os comportamentos de saúde dos pacientes.
- O estado de saúde do indivíduo.

A percepção de risco e a percepção do estado de doença são individuais e parecem depender de factores como o conhecimento e a experiência anterior com os riscos ou com as doenças, com o apoio social percebido pelo indivíduo, com a percepção de controlo sobre a situação, entre outros aspectos.

No presente capítulo é feita uma abordagem à percepção de risco e de doença e ao tema *stress*, por este ser um factor que pode ter influência não só na percepção de gravidade da doença, como também no *compliance*, nos comportamentos de saúde do doente, entre outros aspectos.

2.1. O Conceito de Risco e de Percepção de Risco

O termo **risco** pode ser definido como “a possibilidade de ocorrer um factor adverso para a saúde humana, qualidade de vida ou qualidade do ambiente” (Graham e Wiener, 1995 cit. por Hudspith, s.d.)

Segundo Hudspith, (Hudspith s.d.), a percepção de risco refere-se ao julgamento intuitivo de um indivíduo em dois aspectos: a probabilidade de ocorrência do acontecimento e a seriedade das consequências que lhe estão associadas. A percepção de risco é apenas o julgamento do perigo sem a consideração dos benefícios.

O risco está relacionado com a vida e não pode ser separado dela. Todos os dias o Homem se envolve em actividades que representam um maior ou menor grau de risco.

Vertinsky e Wehrung (1989) consideram o conceito de **percepção de risco** um conceito multidimensional. Segundo os mesmos autores, o julgamento do risco

de uma actividade é uma função primária do que se pode definir como: (1) “Medo do Risco”, isto é, percepção da falta de controlo, medo, potencial catastrófico, consequências fatais e distribuição desigual de riscos e benefícios; e (2) “Risco Desconhecido”, isto é, o grau de desconhecimento e de incerteza dos perigos da actividade (Vertinsky e Wehrung, 1989).

2.2. A Aceitação do Risco

Segundo Hudspith, (Hudspith s.d.), a aceitação do risco envolve um balanço subjectivo entre os benefícios e os custos. À partida, um indivíduo só deverá aceitar correr o risco quando considera que os benefícios da actividade são superiores aos custos envolvidos na mesma. Ainda assim, a aceitação do risco é individual. Hudspith, s.d., referiu que duas pessoas podem concordar com o grau de risco envolvido numa actividade e discordar na sua aceitação.

Déoux e Déoux (1996), afirmaram que os indivíduos aceitam mais frequentemente um risco que seja corrido voluntariamente. Segundo os mesmos autores, o risco criado por outros pode ser rejeitado por variadas razões. Entre estas estão a falta de controlo pessoal sobre a situação, a percepção de que os custos são maiores do que os benefícios, percepção de que os riscos podem afectar negativamente as gerações futuras, entre outras (Déoux e Déoux, 1996).

Segundo Fischhoff et al. (1981, cit. por Johnson, 2001), a percepção dos indivíduos acerca da magnitude do risco é influenciada por factores que não são dados numéricos:

- Os riscos percebidos como voluntários são mais aceitáveis do que os riscos percebidos como impostos (Fischhoff et al., 1981, cit. por Johnson, 2001).
- Os riscos percebidos como estando dentro do controlo do indivíduo são mais aceitáveis do que os riscos percebidos como controlados por outras pessoas (Fischhoff et al., 1981, cit. por Johnson, 2001).
- Os riscos percebidos como tendo benefícios claros são mais aceitáveis do que os riscos percebidos como tendo poucos ou nenhuns benefícios (Fischhoff et al., 1981, cit. por Johnson, 2001).

- Os riscos percebidos como estando justamente distribuídos são mais aceitáveis do que os riscos percebidos como sendo da responsabilidade do homem (Fischhoff et al., 1981, cit. por Johnson, 2001).
- Os riscos percebidos como estáveis são mais aceitáveis do que os riscos percebidos como catastróficos (Fischhoff et al., 1981, cit. por Johnson, 2001).
- Os riscos percebidos como sendo gerados por uma fonte de confiança são mais aceitáveis do que os riscos percebidos como sendo gerados por uma fonte que não inspira confiança (Fischhoff et al., 1981, cit. por Johnson, 2001).
- Os riscos percebidos como sendo familiares são mais aceitáveis do que os riscos percebidos como sendo exóticos (Fischhoff et al., 1981, cit. por Johnson, 2001).
- Os riscos que afectam os adultos são mais aceitáveis do que os riscos que afectam as crianças (Fischhoff et al., 1981, cit. por Johnson, 2001).

2.3. Os Riscos do Ambiente e a Percepção de Risco

Os progressos em termos tecnológicos e científicos representam benefícios para o Homem mas, é importante referir, que estes aspectos também envolvem custos, sobretudo para o ambiente onde não raramente constituem riscos para o ser humano. Quando o Homem percebe os custos destas novas tecnologias como maiores do que os benefícios da sua utilização, demonstra uma percepção de risco elevada. Contudo, não é só a relação benefícios/custos que determina esta percepção, outros aspectos podem estar envolvidos como é caso da percepção de controlo e a experiência anterior com a situação, entre outros aspectos.

Nos últimos anos, a sociedade desenvolveu uma série de conceitos do que constitui a “saúde” e o “ambiente”, e do modo como o ambiente afecta a saúde. Os meios de comunicação social mostram, muitas vezes, uma visão negativa das ameaças do ambiente para a saúde. Estas ameaças são, geralmente, não visíveis e não detectáveis aos nossos sentidos (Starr, Langley e Taylor, 2000).

Segundo Déoux e Déoux (1996), um risco perceptível pelos órgãos dos sentidos provoca uma reacção de adaptação do indivíduo ao perigo. Quando o risco se torna imperceptível, o indivíduo apenas se pode proteger se estiver informado da probabilidade da sua manifestação.

O facto dos riscos ambientais se encontrarem na dimensão do não perceptível a curto prazo, faz com que as pessoas desconheçam os riscos a que estão sujeitas e, por este motivo, apresentem menores percepções dos riscos ambientais.

O meio ambiente influencia o ser humano, por estes estarem em constante interação. O Homem modifica o ambiente físico à sua volta e, do mesmo modo, é modificado por ele. As maiores alterações ambientais a que assistimos nos últimos tempos devem-se a obras humanas, sobretudo, no que se refere ao aumento da poluição atmosférica, degradação da camada de ozono, exploração excessiva dos recursos alimentares, aproveitamento excessivo dos solos para a agricultura, contaminação das águas superficiais e subterrâneas, alterações climáticas, etc.

O Homem está a produzir no ambiente físico à sua volta, alterações demasiado rápidas, comparativamente com a escala de evolução da espécie. Estas alterações ambientais rápidas podem provocar o aparecimento de limitações e, muitas vezes, doenças, porque o Homem não possui um arsenal genético que lhe permita uma adaptação a este novo ambiente criado.

Os riscos ambientais são cada vez mais percebidos como preocupantes e como estando a aumentar progressivamente e a um ritmo que não temos capacidade para acompanhar. Muitas vezes, esta percepção de risco ambiental está associada à percepção de risco de doença.

“A relação saúde – ambiente obriga-nos a empregar todos os esforços para que a pessoa humana prevaleça sobre o factor económico, para que a esperança vença o receio, para que o homem não sobreviva apenas, mas para que viva” (Déoux e Déoux, 1996, pág. 534).

Segundo Madureira e Rocha (2002), um dos modos de caracterizar a civilização em que vivemos desde meados do século XX é como uma “Sociedade de Risco”, em referência ao advento brusco de uma consciência universal da multiplicidade das ameaças que pesam sobre a humanidade se esta continuar a estimular o uso das novas tecnologias de rosto científico.

De acordo com o segundo Princípio da Termodinâmica, a intervenção humana intensa e em larga escala sobre um mundo finito implica, a curto prazo, modificações significativas, eventualmente irreversíveis, do estado físico e termodinâmico das vizinhanças imediatas a longo prazo, da totalidade do planeta (Madureira e Rocha, 2002).

2.4. As Influências na Percepção de Risco

A percepção de risco, como já foi anteriormente referido, é individual e influenciada por vários factores relacionados com o próprio indivíduo (factores internos). Estão, também, envolvidos na percepção de risco factores sociais, relacionais, culturais e económicos.

Em 2002, Falconer fez referência a descobertas de investigações levadas a cabo por Otway e Von Winterfeldt (1982) e Slovic et al. (2000) e que indicam os aspectos dos perigos que aumentam a percepção de risco, ou seja, os aspectos dos perigos que fazem com que estes pareçam menos toleráveis. Os aspectos referidos pelos autores podem ser agrupados em:

- **Aspectos individuais**, ou seja, os aspectos que estão directamente ligados ao ser humano e que dependem dele mesmo. Entre estes aspectos há a destacar a falta de controlo sobre o perigo e/ou suas consequências (o ser humano gosta de sentir que tem controlo, ou seja, que tem poder para inverter a negatividade da situação); a incerteza acerca das características dos efeitos (o conhecimento é outro aspecto importante para a percepção de risco, perante o desconhecimento dos efeitos ou das consequências, o indivíduo tende a aumentar a percepção de risco acerca desse acontecimento); a falta de experiência com o perigo ou com uma consequência que é difícil de prever (a experiência aumenta o conhecimento acerca de determinada situação e fornece uma maior percepção de controlo sobre a mesma); a exposição involuntária ao perigo (os seres humanos tendem a ser menos tolerantes quando são expostos a perigos aos quais não queriam estar, este aspecto faz aumentar a percepção de risco); os benefícios que não são visíveis ou que vão para outra pessoa que não correu o risco (a percepção de risco está relacionada com o balanço subjectivo entre os custos e os benefícios de uma actividade) (Falconer, 2002).
- **Consequências do perigo**, ou seja, os aspectos negativos do perigo para a população actual ou para a população futura. Estes aspectos podem ser: os efeitos imediatos dos perigos; as consequências perigosas, ou seja, grande quantidade de mortos de uma só vez; os perigos que podem resultar em consequências crónicas, afectando as gerações futuras; as consequências que induzam medo, cancro ou morte violenta (Falconer, 2002).

- **Influências do homem**, ou seja, o grupo de aspectos da interferência do Homem no meio ambiente e no conhecimento. Neste grupo podem ser incluídos aspectos como: os perigos que resultam da actividade humana, (não naturais) e os perigos que não são muito bem compreendidos pela ciência (Falconer, 2002).

2.5. A Percepção de Risco e os Medicamentos

Os medicamentos fazem parte da vida quotidiana do ser humano. Todos os indivíduos já tomaram medicamentos em alguma altura da sua vida, quer por iniciativa própria, quer por conselho de terceiros que podem assumir a forma de um profissional de saúde, ou de um familiar, amigo ou colega de trabalho.

Os medicamentos quanto à sua disponibilidade podem ser classificados como: medicamentos de venda livre e medicamentos sujeitos a receita médica. Qualquer um destes grupos de medicamentos representa benefícios e riscos para o paciente.

No caso dos medicamentos sujeitos a receita médica eles envolvem um profissional de saúde como intermediário entre o paciente e o medicamento. Assim, a decisão de adesão à terapêutica, nestes casos, está relacionada não só com a seriedade da doença e com os factores internos ao indivíduos mas, também, com a relação estabelecida entre o paciente e o médico.

Segundo Vertinsky e Wehrung (1989), com medicamentos prescritos, os pacientes aceitam o conhecimento superior do médico e delegam, em parte, a sua autoridade na decisão - acção. Assim, os medicamentos caem na categoria de riscos que envolvem baixo medo e desconhecimento mas são susceptíveis de criar um efeito moderado de “agitação” (Vertinsky e Wehrung, 1989).

Muitas vezes, o medo de agravar o estado de saúde, o medo dos efeitos secundários, a ameaça à liberdade individual, o custo e a experiência individual ou de familiares e amigos com o medicamento leva o paciente a decidir não tomar a medicação. Os aspectos acima referidos e a percepção de risco do medicamento e da doença são factores importantes na determinação da adesão do indivíduo ao tratamento médico recomendado, mas outros factores são, também, relevantes. O capítulo III procura explicar o que é o medicamento e quais são as suas formas e vias de administração. Nesse capítulo é, ainda, feita alusão ao conceito de adesão, à sua importância e aos factores que a influenciam.

2.6. A Percepção de Doença e dos Seus Sintomas

A saúde é afectada por um grande número de variáveis demográficas e estilos de vida (Argyle, 1997 cit. por Boyle e Joss-Reid, 2004). Variáveis como a morbilidade (Stewart et al., 1989 cit. por Boyle e Joss-Reid, 2004), a idade (Brannon e Feist, 1997 cit. por Boyle e Joss-Reid, 2004), as relações sociais (Berkman e Syme, 1979; House, Robbins e Metzner, 1982; Penninx et al., 1997 cit. por Boyle e Joss-Reid, 2004), o *status* ocupacional (Kessler, Turner e House, 1998 cit. por Boyle e Joss-Reid, 2004), fumar (Rosenbaum, Sterling e Weinkam, 1998; Surgeon General, 1990 cit. por Boyle e Joss-Reid, 2004), beber bebidas alcoólicas (Klatsky e Friedman, 1995; Power, Rodgers e Hope, 1998 cit. por Boyle e Joss-Reid, 2004) e fazer ou não exercício físico (Fontane, 1996 cit. por Boyle e Joss-Reid, 2004), afectam a saúde de um indivíduo.

Segundo Helder et al. (2002), o novo conceito de percepção da doença argumenta que os pacientes são participantes activos nos processos de cuidados de saúde. Os pacientes têm as suas próprias crenças acerca da sua doença e planeiam as suas acções para enfrentar os problemas com base nestas crenças (Leventhal, Nerenz e Steele, 1984; Petrie e Weinman, 1997 e Weinman, Petrie, Moss-Morris e Horne, 1996, cit. por Helder et al., 2002).

Leventhal et al. (1984), cit. por Helder et al. (2002), acreditam que as percepções de risco são objectivos para o *coping* e o *coping* é avaliado em função destes objectivos. O *coping* é assumido como mediando a percepção de risco e o bem-estar do paciente.

A interpretação dos sintomas de uma doença é um processo, sobretudo, psicológico (Taylor, 2003). São vários os factores que afectam a interpretação dos sintomas de uma doença. Entre estes é possível destacar: a experiência anterior com os sintomas ou com a doença, as expectativas do paciente relativamente aos sintomas e à doença, a seriedade dos sintomas e da doença, os factores cognitivos e as diferenças culturais.

2.6.1. A Experiência Anterior

A interpretação dos sintomas é muito influenciada pela experiência anterior. A história pessoal com um sintoma particular pode levar a pessoa a fazer

interpretações do seu significado (Melamed, Froom e Green, 1997 cit. por Taylor, 2003). Por exemplo, pessoas que têm uma história de muitas visitas médicas estimam a prevalência dos seus sintomas como sendo maior e, geralmente, consideram a sua condição menos séria do que pessoas com histórias de poucas visitas ao médico (Croyle e Hunt, 1991 cit. por Taylor, 2003).

Factores de risco muito comuns são geralmente considerados menos perigosos do que factores de risco raros (Croyle e Ditto, 1990 cit. por Taylor, 2003). De um modo geral, as doenças raras e/ou os sintomas desconhecidos são percebidos como mais perigosos para os pacientes. A falta de informação pode fazer com que a percepção de gravidade da doença aumente. As doenças mais comuns são encaradas como tendo menor risco porque são doenças conhecidas, com sintomas também eles facilmente identificáveis e que as pessoas sabem que podem ser curadas, não existe incerteza, como no caso das doenças raras, da existência ou não de um tratamento.

2.6.2. As Expectativas

As expectativas dos pacientes influenciam a interpretação dos sintomas. As pessoas podem ignorar os sintomas de que não estão à espera e amplificar os sintomas que são esperados (Leventhal, Nerenz e Strauss, 1982 cit. por Taylor, 2003).

Os **sintomas** podem estimular a percepção de uma ameaça à saúde, mas podem, também, ser um produto da percepção da ameaça. Como argumentam Leventhal et al. (1980), “dados os sintomas, o indivíduo procura um título diagnóstico e, dado um título, ele procura os sintomas” (Leventhal et al., 1980 cit. por Duarte, 2002, pág. 69). Neste sentido, a consciência do sintoma é influenciada por “uma variedade de factores acidentais, de aprendizagem e históricos, no qual o mecanismo de identificação desempenha um papel primordial” (Hunter, Lohrenz e Schwartzman, 1964, cit. por Duarte, 2002, pág. 69)

2.6.3. A Seriedade dos Sintomas

Segundo Taylor (2003), os sintomas que afectam partes do corpo consideradas “valiosas” são geralmente interpretados como mais sérios e são mais

prováveis de requerer atenção do que os sintomas que afectam órgãos “menos valiosos”.

Por exemplo, as pessoas ficam especialmente ansiosas quando os olhos ou a face são afectados e preocupam-se menos com os sintomas que envolvem outras partes do tronco. Um sintoma é considerado como mais sério e é mais provável a procura de um tratamento se afectar a mobilidade ou um órgão altamente valorizado (Eifert, Hodson, Tracey, Seville e Ganawardane, 1996 cit. por Taylor, 2003).

Sobretudo, se um sintoma causa dor, leva um indivíduo a procurar mais rapidamente um tratamento do que se o sintoma não causar dor (Taylor, 2003).

2.6.4. Os Factores Cognitivos e as Diferenças Culturais

Os **factores cognitivos** são relevantes para a forma como a pessoa percepção o estar doente. Estão também associados à organização social do grupo e à forma como a expressão das emoções é aceite pelo grupo onde o indivíduo está inserido (Duarte, 2002).

As **diferenças culturais** podem influenciar a apresentação dos sintomas, e este processo envolve factores tais como a percepção, a atribuição de uma causa, a definição, a avaliação e a tomada de decisão. A realidade da doença e da saúde pode ser construída pelo doente de acordo com crenças culturalmente arquitectadas, mas o seu significado é modificado pelas suas experiências individuais, indiferentes do grupo de pertença (Duarte, 2002).

2.7. O Optimismo Irrealista

A falta de conhecimento dos indivíduos acerca da sua vulnerabilidade pessoal para a doença tem sido implicada, por modelos teóricos, como o modelo de crenças de saúde e a teoria do comportamento planeado, como uma barreira à adopção de comportamentos de saúde (Covey e Davies, 2004).

Segundo Covey e Davies (2004), de acordo com a teoria do comportamento planeado, a motivação para agir vem da expectativa de que a acção reduz a susceptibilidade individual para a doença. O optimismo irrealista é um bom exemplo do desconhecimento das pessoas acerca da sua susceptibilidade para a doença. De

acordo com Covey e Davies (2004), o optimismo irrealista consiste no facto das pessoas considerarem que a sua possibilidade de sofrer de problemas de saúde é menor do que a dos seus pares.

Em 1987, Weinstein (Weinstein, 1987, cit. por Ogden, 1999), descreveu quatro factores cognitivos que contribuem para o optimismo irrealista:

- A falta de experiência pessoal com o problema.
- A crença de que o problema é facilmente prevenido pela acção individual.
- A crença de que, se o problema ainda não apareceu, também não irá aparecer no futuro.
- A crença de que o problema é pouco frequente.

Segundo Ogden (1999), os factores acima referidos sugerem que a percepção de risco próprio não é um processo racional.

Weinstein (1983, cit. por Ogden, 1999), afirmou que os indivíduos têm atenção selectiva. Os indivíduos ignoram os comportamentos que aumentam o seu risco focando, em primeiro lugar, os seus próprios comportamentos que já reduzem os riscos. A selectividade está ligada ao egocentrismo, dado os indivíduos tenderem a ignorar os comportamentos praticados pelos outros que diminuem o risco para a saúde.

2.8. As Dimensões da Percepção de Doença

A percepção da doença, da sua origem, dos seus sintomas e das suas limitações é individual, como já foi anteriormente mencionado. Contudo, esta percepção está, também, relacionada com o sistema cultural em que indivíduo se encontra inserido e com aspectos relativos à própria doença.

Segundo Whitmarsh, Koutantji e Sidell (2003), o modelo de auto-regulação, formulado por Leventhal, Meyer e Nerenz, em 1980, propõe a existência de um sistema de processamento que consiste em dois caminhos paralelos que interagem enquanto o indivíduo se adapta à doença. Um dos caminhos envolve uma representação cognitiva da doença e uma resposta de *coping* para lidar com a ameaça que a doença representa. O segundo envolve uma resposta emocional à ameaça e uma resposta de *coping* para lidar com essas emoções.

Leventhal et al., 1980 e Lau e Hartman, 1983 (cit. Whitmarsh, Koutantji e Sidell, 2003), identificaram os cinco componentes da percepção de doença que seguidamente se apresentam:

- **Identidade da doença:** os sinais, sintomas e o rótulo da doença.
- **Consequências da doença:** as consequências físicas, sociais e económicas percebidas da doença e as consequências emocionais sentidas.
- **Causas da doença:** as causas percebidas da doença.
- **Linha de tempo:** o tempo percebido para o desenvolvimento e duração da ameaça da doença.
- **Curabilidade:** o tempo que a doença leva a responder a um tratamento médico (Leventhal et al., 1980; Lau e Harttman, 1983 cit. Whitmarsh, Koutantji e Sidell, 2003).

Uma forte identidade da doença combinada com uma percepção de gravidade das consequências elevada e com uma percepção de duração da doença elevada estão associados com menor bem-estar físico e social, enquanto que crenças positivas acerca da curabilidade e controlabilidade da doença estão associadas com efeitos positivos no bem-estar dos pacientes (Helder et al., 2002).

A percepção de gravidade da doença é, também, afectada pela responsabilidade pessoal percebida. Um estudo de Turk et al. (1986, cit. por Marks et al., 2000), identificou as quatro dimensões mais importantes na percepção de gravidade da doença:

- **Seriedade:** que inclui itens relacionados com a seriedade da doença.
- **Responsabilidade pessoal:** a percepção da responsabilidade pessoal pela doença.
- **Controlabilidade:** o grau de percepção de controlo da doença por um indivíduo ou por forças exteriores.
- **Mudança:** o grau em que a doença muda ao longo do tempo (Turk et al., 1986, cit. por Marks et al., 2000, pág. 251).

Num estudo de Murray e McMillan (1993, cit. por Marks et al., 2000), os 700 pacientes padecendo de cancro, apontaram como causas possíveis para a sua doença os seguintes factores:

- **Stress** (que contem itens relacionados com o *stress*, preocupações, solidão, desemprego).

- **Ambiente** (incluindo itens como a poluição do ar, condições de trabalho, radiação nuclear, raios X e permiscuidade).
- **Factores** relacionados com a **saúde** (factores como antibióticos ou infecção viral)
- **Comportamento** (ingerir comidas gordurosas, fumar, beber bebidas alcoólicas) (Murray e McMillan, 1993 cit. por Marks et al., 2000, pág. 253).

A atribuição de uma “causa” para a doença constitui a base de um plano para a acção. Segundo Marks et al. (2000), o modo como uma pessoa explica determinado item determina parcialmente o modo como vai lutar contra (*cope*) essa mesma situação.

Qualquer indivíduo necessita de encontrar uma explicação lógica para o aparecimento de uma determinada doença, para os seus sintomas e para as suas limitações. A maior parte das pessoas é considerada leiga no que se refere a conhecimentos de saúde, em oposição aos profissionais de saúde que são considerados peritos nesses conhecimentos. Quando surge um problema de saúde, os indivíduos tentam encontrar, no seu sistema leigo de conhecimentos, uma explicação para esses aspectos. Em 1988, Bishop e Converse, cit. por Marks et al. (2000), descobriram que os leigos estavam aptos a providenciar um rótulo para a doença através de um conjunto de sintomas físicos e vice-versa.

Bishop (1979, cit. por Marks et al., 2000), identificou certas dimensões que os leigos utilizam para organizar sintomas físicos. Usando uma escala de dimensão múltipla identificou quatro dimensões que designou por: contágio, localização no corpo, causa psicológica e grau de interrupção da actividade de vida diária. Mais tarde, redefiniu estas dimensões em duas: seriedade e contágio (Bishop, 1979 e 1991 citado por Marks et al., 2000, pág. 254). Os leigos usam estas dimensões básicas para organizar os seus conhecimentos acerca dos sintomas que estão associados com variadas doenças.

2.9. O Reconhecimento dos Sintomas

São vários os factores que contribuem para diferenças no reconhecimento dos sintomas por parte dos indivíduos. Entre estes factores podem destacar-se: as

diferenças na personalidade; o estado cognitivo; as diferenças culturais; as diferenças de atenção; os factores situacionais; o humor e o *stress*.

2.9.1. As Diferenças na Personalidade

A personalidade é um dos factores intrínsecos ao indivíduo que afecta o reconhecimento dos sintomas por parte deste. Taylor (2003), afirma que alguns indivíduos mantêm as suas actividades normais na presença daquilo que podem ser considerados “sintomas graves”, enquanto outros indivíduos ficam em repouso no momento em que detectam qualquer distúrbio menor no corpo. Segundo a mesma autora, algumas destas diferenças individuais são estáveis, ou seja, algumas pessoas são provavelmente mais sensíveis aos sintomas do que outras.

2.9.2. O Estado Cognitivo

Segundo Ogden (1999), o estado cognitivo do indivíduo também pode influenciar a percepção dos sintomas. Isto é comprovado pelos efeitos dos *placebo*, uma vez que, as expectativas individuais de recuperação levam a uma redução na percepção dos sintomas.

2.9.3. As Diferenças Culturais

Existem diferenças culturais na rapidez e no tipo de sintomas que são reconhecidos (Kirmayer e Young, 1998 cit. por Taylor, 2003).

As diferentes culturas apresentam diferente relação com o corpo e com os sintomas conotados como verdadeiramente importantes. Das diferenças registadas surgem diferenças ao nível da percepção de gravidade da doença e dos sintomas aos quais deve ser dada maior ênfase.

2.9.4. As Diferenças de Atenção

Diferenças na atenção influenciam a experiência dos sintomas. As pessoas que estão focadas em si mesmas (no seu corpo, emoções e reacções em geral) são

mais rápidas a notar os sintomas do que as pessoas que estão focadas externamente no seu ambiente e actividades (Pennebaker, 1983 cit. por Taylor, 2003).

Assim, pessoas que têm trabalhos aborrecidos, estão socialmente isoladas, trabalham em casa, ou vivem sozinhas reportam mais sintomas físicos do que as pessoas que têm trabalhos interessantes, actividades sociais, trabalham fora de casa ou vivem acompanhadas. Uma explicação possível é o facto destas últimas pessoas experienciam mais distrações e, por isso, prestarem menor atenção em si mesmas (Pennebaker, 1983 cit. por Taylor, 2003).

2.9.5. Os Factores Situacionais

Os factores situacionais influenciam o reconhecimento de um sintoma. Segundo Taylor (2003), uma situação aborrecida torna as pessoas mais atentas aos sintomas do que uma situação interessante.

Segundo a mesma autora, um sintoma é mais provável de ser percebido num dia em que uma pessoa se encontra em casa do que num dia de grande actividade. A actividade física intensa afecta a atenção dos sintomas, enquanto que o repouso aumenta a probabilidade do seu reconhecimento.

Qualquer factor situacional que torne os sintomas de uma doença especialmente salientes promove o seu reconhecimento (Mechanic, 1972 cit. por Taylor, 2003).

2.9.6. O Humor

O humor influencia o julgamento pessoal de saúde (Salovey, O'Leary, Stretton, Fishkin e Drave, 1991 cit. por Taylor, 2003). Neste contexto, entende-se humor como uma visão positiva dos acontecimentos relacionados com o estado de saúde do indivíduo.

Pessoas que têm humor positivo consideram-se como mais saudáveis, apresentam menores relatos de doença e de sintomas. Pessoas com mau humor, contudo, reportam mais sintomas, são mais pessimistas e percebem-se como mais vulneráveis a futuras doenças do que as pessoas com bom humor (Leventhal, Hansel, Diefenbach, Leventhal e Glass, 1996; Salovey et al., 1991 cit. por Taylor, 2003).

Estes efeitos parecem estar relacionados com o facto das pessoas com mau humor terem maior capacidade de recordar situações de doença, enquanto que as pessoas com humor positivo são menos prováveis de recordar essas situações (Croyle e Uretsky, 1987 cit. por Taylor, 2003).

No entanto, um estudo de Boyle e Joss-Reid, 2004, demonstrou que um melhor sentido de humor não está particularmente relacionado com níveis mais elevados de saúde. Mas, o mesmo estudo sugere que o humor é usado como um mecanismo pessoal de *coping* em diferentes situações. Boyle e Joss-Reid (2004), sugerem ainda que este fenómeno é mais evidente entre indivíduos que tenham problemas de saúde.

2.9.7. O *Stress*

O *stress* pode precipitar ou agravar a experiência dos sintomas. As pessoas que estão sob *stress* podem acreditar que são mais vulneráveis à doença e, por isso, prestam maior atenção aos seus corpos. Estes indivíduos podem, também, experimentar alterações relacionadas com o *stress*, como a aceleração do batimento cardíaco e da respiração e interpretar essas alterações como sintomas de doença (Cameron, Leventhal e Leventhal, 1995 cit. por Taylor, 2003).

2.10. O Conceito de *Stress*

Taylor (2003), define *stress* como “uma experiência emocional negativa acompanhada por mudanças bioquímicas, fisiológicas e comportamentais que são direccionadas para alterar o acontecimento *stressor* ou acomodar-se aos seus efeitos” (Taylor, 2003, pág. 179).

“*Stress* é todo o fenómeno diante do qual não se consegue com facilidade uma adaptação suficiente; tudo aquilo que possa manter o indivíduo em tensão e inquietude, em mal-estar e sofrimento” (Sebastiani, 1998, pág. 16).

Segundo Nadig (1999), o *stress* é um processo interno que ocorre quando a pessoa é confrontada com uma situação que é percebida como excedendo os recursos disponíveis para efectivamente responder a ela. Quando este mecanismo falha existem importantes consequências indesejadas.

Um **estímulo indutor de *stress*** é “todo o acontecimento ambiental ou representação psicológica do mesmo que pode vir a ser percebido como ameaçador” (Singer e Baum, 1983 cit. por Palma-Oliveira, 1992, pág. 17). Um estímulo indutor de *stress* pode ser físico (acidente, cirurgia, doença, etc.) mas é, sobretudo, mental ou emocional onde vão intervir elementos de ordem ocupacional, familiar, social, ambiental, etc. Os factores de *stress* têm um carácter individual. Cada indivíduo reage de uma determinada forma em determinadas circunstâncias (Boland, 1998).

“Em situações de *stress* os indivíduos procuram informação de modo a reduzir a incerteza. Basicamente, a pessoa necessita de procurar informação, externa ou internamente, que possa proporcionar-lhe uma sensação de controlo e onde se baseie o comportamento a seguir ou, em certos casos, justifique o adoptado” (Palma-Oliveira, 1992, págs 23 e 24).

O *stress* pode ser **positivo ou negativo** (Nadig, 1999). O lado positivo do *stress* está relacionado com o facto deste alertar o indivíduo para uma ameaça e aumentar o seu nível de activação, o que pode resultar em estratégias de *coping* mais efectivas. O lado negativo do *stress* diz respeito aos casos em que os níveis de *stress* são muito elevados ou existe abundância de *stressores*. Nestes casos, o *stress* pode ter consequências muito negativas para o ser humano (Nadig, 1999), sobretudo na sua saúde.

Por definição, o *stress* não pode ser evitado. A completa liberdade em relação ao *stress* é a morte (Selye, 1956 cit. por Boland, 1998).

2.11. O Síndrome Geral de Adaptação (SGA)

Selye (1956, cit. por Taylor, 2003), referiu que, quando um organismo entra em contacto com um agente *stressor*, mobiliza-se para a acção. A resposta é **não específica** com respeito ao *stressor*, isto é, independentemente da causa da ameaça, o indivíduo vai responder com o mesmo padrão fisiológico de reacção. Com o passar do tempo, com repetidas e prolongadas exposições ao *stress*, haverá desgaste e ruptura no sistema (Taylor, 2003).

O Síndrome Geral de Adaptação, descrito por Hans Selye e mais tarde identificado como o próprio *stress*, é um conjunto de reacções fisiológicas e

eminentemente somáticas, de origem sobretudo emocional, que surge quando o organismo é compelido de adaptar-se a alguma situação alarmante (Ballone, 2001).

O processo que vai do *stress* até ao resultado somático final é sempre um processo fisiológico e biológico, atrelado às características da espécie mas, identificar um estímulo como sendo *stressante* ou não, será sempre uma atribuição emocional e particular do sujeito (Ballone, 2001).

Selye (1956, cit. por Taylor, 2003), dividiu o Síndrome Geral de Adaptação (SGA) em três fases: Reacção de Alarme (subdividida em duas fases: a de choque e a de contrachoque); Fase de Resistência; e Fase de Exaustão ou Esgotamento.

2.11.1. A Reacção de Alarme

A **reacção de alarme** é o conjunto de todas as manifestações gerais inespecíficas que, devido a uma brusca acção de estímulos, afectam a maior parte do corpo e às quais não se tenha adaptado o organismo, nem quantitativa nem qualitativamente (Selye, 1952, cit. por Sebastiani, 1998).

Sebastiani (1998), afirmou que se o *stress* é de média gravidade, a reacção de alarme divide-se em **duas fases: choque e contrachoque**. Na primeira, predominam os sintomas de dano ou prejuízo e, na segunda, os de defesa, compensando-se, assim, novamente os sinais de insuficiência próprios da fase de choque.

Quando o indivíduo não consegue a resolução do problema, a situação de emergência pode prolongar-se, provocando assim, a mobilização de outros recursos. Esta situação é necessária quando as reacções formadas durante a fase de alarme são insuficientes para lidar com a situação de *stress*, não ocorrendo a retoma do equilíbrio perdido (Sebastiani, 1998).

Quando no final da fase de alarme, o indivíduo não consegue a resolução do problema, entra numa nova fase do SGA, a fase de resistência.

2.11.2. A Fase de Resistência

Durante a fase de choque toda a capacidade de resistência do organismo contra qualquer agente invasor encontra-se diminuída. No contrachoque a resistência geral é restabelecida até se alcançar um nível semelhante ou superior ao inicialmente existente. Nesta fase constrói-se uma resistência específica contra o agente *stressor*.

Tal resistência mantém-se elevada durante todo o período da **fase de resistência** (Sebastiani, 1998).

A resistência ao *stress* está naturalmente condicionada pela rigidez prévia do organismo atingido, bem como pela estrutura da personalidade do indivíduo e pela natureza, frequência e intensidade do agente *stressor* (Sebastiani, 1998).

Durante a fase de resistência, o organismo encontra-se adaptado ao *stress*, podendo manter-se neste estado durante um longo período de tempo (mesmo anos). Porém, se um novo *stress* se sobrepõe, pode desfazer-se o equilíbrio (Sebastiani, 1998).

2.11.3. A Fase de Exaustão ou de Esgotamento

Quando o esforço para a adaptação ao agente *stressor* não pode mais ser mantido e a capacidade de resistência do organismo é superada, o indivíduo entra na **fase de esgotamento**. As reacções orgânicas voltam a ser semelhantes às observadas durante a reacção de alarme, mas, sem possibilidade de êxito (Sebastiani, 1998).

Diminuem as resistências específicas e inespecíficas do organismo. Observa-se a exaustão das reservas energéticas, reacção catabólica generalizada, desintegração tecidular, atrofia celular, podendo chegar-se ao desastre entrópico humano com a eclosão da doença e mesmo a ocorrência de morte (Sebastiani, 1998).

A fase de exaustão conduz a um estado de passividade e impotência (Palma-Oliveira, 1992).

Se a qualquer momento das fases referidas o indivíduo consegue a resolução do problema, a sua tendência é voltar gradativamente ao normal (Sebastiani, 1998).

A resposta ao *stress* envolve um nítido componente somático e, a localização dessa resposta neste ou naquele órgão, neste ou naquele sistema dependerá, primeiramente da natureza e intensidade do estímulo indutor de *stress*, em segundo, da participação da estrutura orgânica do indivíduo e, finalmente, da possível hipersensibilidade ou fragilidade constitucional que torna tal estrutura menos resistente (Ballone, 2001).

2.12. Críticas ao Síndrome Geral de Adaptação (SGA)

O modelo de Selye contempla uma pequena influência dos factores psicológicos e os investigadores acreditam que a avaliação psicológica dos acontecimentos é importante na determinação do *stress* (Lazarus e Folkman, 1984 cit. por Taylor, 2003).

Uma segunda crítica reside no facto de Selye considerar que as respostas ao *stress* são uniformes (Hobfoll, 1989 cit. por Taylor, 2003). Existem evidências de que nem todos os *stressores* produzem as mesmas respostas endocrinológicas. O modo como as pessoas respondem ao *stress* é substancialmente influenciado pela sua personalidade, percepções e constituição biológica (Lazarus e Folkman, 1984; Meichenbaum, 1977, Moss, 1984 cit. por Taylor, 2003).

Uma terceira crítica está relacionada com o facto de Selye considerar o *stress* como algo externo, como se o *stress* estivesse presente apenas quando o síndrome geral de adaptação está em curso. De facto, as pessoas experienciam muitos dos efeitos debilitadores do *stress* quando um acontecimento *stressor* está em curso, em antecipação à sua ocorrência (Taylor, 2003) e também após o acontecimento *stressor* ter ocorrido.

2.13. Os Modelos de *Stress*

Marks et al. (2000), verificaram que se perguntassem às pessoas o que queriam dizer quando pronunciavam a palavra *stress*, as suas respostas poderiam cair dentro de três categorias:

- O primeiro tipo de resposta é que o *stress* é quando “estamos sobre muita pressão”, ou “temos muita coisa sobre nós”. Esta é a posição dos teóricos que põem em evidência **modelos de estímulos** de *stress* (Marks et al., 2000, pág. 99).
- O segundo tipo de resposta concentra-se nos sentimentos físicos e psicológicos de “estar *stressado*” ou “completamente *stressado*” com sintomas como as dores de cabeça, fraca concentração, insónia, tensão corporal e fadiga. Esta posição é assumida por teóricos que desenvolvem **modelos de resposta** de *stress*. Estes teóricos concentram-se no *stress* psicológico e investigam possíveis

mecanismos que ligam o *stress* a doenças físicas como a doença coronária e as infecções virais (Marks et al., 2000, pág. 100).

- O terceiro tipo de resposta afirma que o *stress* é “quando um indivíduo pensa que não pode lutar contra a situação” ou “quando o indivíduo está sob grande pressão e não possui recursos para lidar com a situação”. Esta é a posição desenvolvida nos **modelos de interacção** de *stress*, pelos teóricos que argumentam que o *stress* ocorre quando existe uma falta de equilíbrio entre as capacidades percebidas dos indivíduos e as suas capacidades reais, geralmente descritas como recursos de *coping* (Marks et al., 2000, pág. 100).

Segundo Marks et al. (2000), estes modelos são atractivos porque ultrapassam o problema inerente aos modelos de estímulo-resposta, os indivíduos diferem nos acontecimentos ou características que consideram *stressantes* e no modo como respondem a estes acontecimentos ou características.

Segundo Marks et al. (2000), apesar das diferenças entre estes modelos (estímulos, resposta e interacção) de *stress*, o que todos têm em comum é que prestam atenção aos **acontecimentos** correntes de **vida** ou do **ambiente** imediato como **provocadores da reacção**, em vez de se focarem apenas no indivíduo.

2.14. Podem as Pessoas Adaptar-se ao *Stress*?

2.14.1. Adaptação Fisiológica

Vários estudos efectuados em seres humanos demonstraram que o Homem pode mostrar sinais fisiológicos de habituação ao *stress* e pode, também, desenvolver um esforço crónico. Baixos níveis de *stress* podem levar à habituação, na maior parte dos indivíduos, mas com níveis mais elevados de *stress* podem surgir problemas de saúde em vários sistemas de órgãos (Taylor, 2003), sendo responsáveis pelo aparecimento e/ou agravamento de algumas doenças.

2.14.2. Adaptação Psicológica

A maioria das pessoas é capaz de se adaptar psicologicamente a *stressores* moderados ou previsíveis. Em primeiro lugar, qualquer situação ameaçadora nova pode produzir *stress*, mas, geralmente, subside ao longo do tempo (Frankenhaeuser, 1985; Stokols, Novaco, Stokols e Campbell, 1978 cit. por Taylor, 2003).

2.15. Os Acontecimentos *Stressantes*

Segundo Taylor (2003), os acontecimentos não são, por si só, *stressantes*. O que determina se um acontecimento é *stressante* é a avaliação efectuada por parte do indivíduo. Quando é confrontado com um acontecimento não previsível, o indivíduo avalia-o, tenta compreendê-lo, de modo a mobilizar esforços para agir. Quando o indivíduo percebe que não tem meios para lidar com a situação, experencia *stress* (Taylor, 2003).

Os **acontecimentos negativos** são mais prováveis de produzir *stress* do que os positivos. Os acontecimentos negativos são sempre indesejados (Taylor, 2003). Os acontecimentos negativos mostram uma relação mais forte com as alterações psicológicas e com os sintomas físicos do que os **acontecimentos positivos** (McFarland, Norman, Streiner, Roy e Scott, 1980; Sarason, Johnson e Siegel, 1978; Stokols, Ohlig e Resnick, 1978 cit. por Taylor, 2003). Isto deve-se ao facto de apenas os acontecimentos *stressantes* terem implicações negativas para o auto-conceito, produzirem perda potencial ou efectiva da auto-estima ou perda do sentido de mestria ou identidade (Thoits, 1986 cit. por Taylor, 2003). No entanto, existe uma excepção a este padrão. Entre as pessoas que apresentam visões negativas de si mesmas, os acontecimentos positivos da vida parecem ter um efeito destruidor na saúde, enquanto que para as pessoas com elevada auto-estima, os acontecimentos de vida positivos estão ligados a uma melhor saúde (Brown e McGill, 1989 cit. por Taylor, 2003).

Os **acontecimentos incontroláveis ou imprevisíveis** são mais *stressantes* do que os controláveis ou previsíveis. Quando as pessoas sentem que podem prever, modificar ou vencer um acontecimento adverso ou sentem que têm acesso a alguém que o pode influenciar, experenciam o acontecimento como menos *stressante*,

mesmo se não fizerem nada para alterar a situação de *stress* (Suls e Mullen, 1981; Thompson, 1981 cit. por Taylor, 2003).

Os **sentimentos de controlo** não alteram apenas a experiência subjectiva do *stress*, mas, influenciam também as reacções bioquímicas ao acontecimento (Taylor, 2003). Em algumas circunstâncias, os sentimentos de controlo podem aumentar o *stress*, pelo menos inicialmente. Um estudo permitiu descobrir que sendo capaz de antecipar acontecimentos *stressantes* e sentindo que se tem o controlo sobre eles, inicialmente aumenta o *stress* percebido pelo indivíduo, mas aumenta também a capacidade de adaptação ao acontecimento *stressor* (Vinokur e Coplan, 1986 cit. por Taylor, 2003).

Os **acontecimentos ambíguos** são, muitas vezes, percebidos como mais *stressantes* do que os acontecimentos claros. Quando um potencial *stressor* é ambíguo, um indivíduo não tem oportunidade de tomar acção. O indivíduo necessita primeiro de gastar energia a tentar compreender o *stressor*, facto que pode ser considerado como uma tarefa consumidora de tempo e de recursos (Billings e Moos, 1984; Gal e Lazarus, 1975; Kaloupek e Staupakis, 1985 cit. por Taylor, 2003).

As **pessoas muito ocupadas** são mais *stressadas* do que as pessoas que executam poucas tarefas (Cohen, 1978; Cohen e Williamson, 1988 cit. por Taylor, 2003). Isto acontece porque o número de estímulos do ambiente que é recebido pelas pessoas mais ocupadas é maior do que o recebido pelas pessoas que desempenham menor número de tarefas.

2.16. O *Stress* e o Ser Humano

O ser humano não precisa de estar exposto a um *stressor* para sofrer *stress*.

2.16.1. *Stress* Antecipado

Segundo Taylor (2003), a antecipação de um *stressor* pode ser pelo menos tão *stressante* como a sua ocorrência e, por vezes, até mais. A véspera de um exame é um momento de antecipação do *stress* que pode ser tão *stressante* como o acontecimento em si.

2.16.2. Efeitos Pós-*Stress*

Segundo Taylor (2003), os efeitos adversos pós-*stress*, como a diminuição da performance e da atenção estão, também, bem documentados. O *stress* representa um perigo para a saúde porque os seus efeitos persistem muito tempo depois do acontecimento *stressante* não estar presente. Os chamados efeitos pós-*stress* podem ser mais devastadores do que o próprio acontecimento. Estes efeitos podem ser observados na resposta a uma grande variedade de *stressores*, incluindo o ruído, choques eléctricos, *stress* burocrático e *stress* induzido em laboratório (Taylor, 2003).

2.16.3. Desamparo

Outro custo do *stress* a longo prazo é o desamparo ou o desamparo aprendido. A sensação de desamparo (perda de esperança) ocorre quando as exigências do ambiente são percebidas como excedendo os recursos de uma pessoa. O desamparo aprendido está relacionado com os casos em que o indivíduo faz esforços repetidos para exercer controlo em determinadas situações, mas, este falha (Taylor, 2003).

Quando os esforços de controlo não dão repetidamente resultados, podem surgir problemas de motivação e a pessoa desamparada pode não ter meios para alterar a situação. Os defeitos cognitivos incluem o facto das pessoas desamparadas poderem falhar na aprendizagem de novas respostas que poderiam ajudá-las. O desamparo aprendido pode levar à depressão (Taylor, 2003).

2.17. O *Stress* e a Doença

A palavra *stress* é usada actualmente pelo Homem para explicar quase tudo, tornou-se uma característica da vida moderna. O *stress* está presente na vida diária do ser humano como resultado do tipo de trabalho desenvolvido, quebra da estrutura familiar tradicional e características do ambiente urbano actual (Marks et al., 2000).

Segundo Marks et al. (2000), o *stress* é considerado como a principal causa de angústia psicológica e de doença física. O mesmo autor afirma que a capacidade de lutar contra o *stress* com sucesso é considerada como a chave para o bem-estar humano.

O termo *stress* é, muitas vezes, utilizado para legitimação de um comportamento que pode ser visto como o resultado da ansiedade, neurose ou inadaptação pessoal. Para além disso, o *stress* tem, muitas vezes, a função de explicar o inexplicável, quer sejam sintomas físicos, psicológicos ou verdadeira doença (Marks et al., 2000).

A relação entre *stress* e doença é uma relação complexa. O estado de doença pode ser causado por muitos factores incluindo factores genéticos, factores biológicos, estilo de vida, ambiente social e meio ambiente (Curtis, 2000). Não é surpreendente que a correlação entre *stress* e doença seja tipicamente fraca (correlações entre .10 e .30), sugerindo que vários factores de resistência e vulnerabilidade desempenham um papel importante na moderação dos efeitos do *stress* na saúde (Benishek e Lopez, 1997; Huang, 1995 cit. por Klag e Bradley, 2004). Dureza e *coping* têm sido identificados como dois desses factores (Gentry e Kobasa, 1984, Holahon e Moss, 1985 e Kosaba, 1979 cit. por Klag e Bradley, 2004).

O *stress* tem, contudo, sido associado com uma grande variedade de doenças físicas incluindo dores de cabeça, doenças infecciosas (por exemplo, gripe), doenças cardiovasculares, diabetes, asma e artrite reumatóide. O *stress* tem sido, também, associado a humores negativos, a desordens como a depressão e a ansiedade (Brannon e Feist, 1997 cit. por Curtis, 2000), à hipertensão arterial e às deficiências imunológicas (Taylor, 2003).

O principal problema em demonstrar a ligação entre o *stress* e a doença está relacionado com as dificuldades em identificar os factores psicológicos e fisiológicos que medeiam ou conectam a doença e o *stress* (Curtis, 2000).

Dois aspectos revelam-se importantes no estabelecimento da relação entre o *stress* e a doença, são eles a vulnerabilidade inicial dos indivíduos para a doença e os comportamentos de saúde.

2.17.1. Vulnerabilidade Inicial

A existência de vulnerabilidade psicológica ou física é especialmente importante na relação *stress*-doença. O *stress* pode levar a doenças entre os indivíduos que tenham uma vulnerabilidade inicial elevada (Taylor, 2003).

2.17.2. Comportamentos de Saúde

O *stress* pode afectar indirectamente a saúde pela alteração dos padrões comportamentais, sobretudo os comportamentos de saúde (Taylor, 2003). Tem sido mostrado que pessoas experimentando situações de *stress* são mais capazes do que as outras para se entregar a comportamentos prejudiciais para a saúde como fumar e beber bebidas alcoólicas, tomar drogas, ter uma dieta pobre, dormir de forma inadequada e não praticar exercício físico (Schachter et al., 1977; Cohen e Williamson, 1988 cit. por Marks et al., 2000).

Cohen e Williamson (1988, cit. por Taylor, 2003), descobriram que as pessoas que consideram estar sob maior *stress* referem que dormem menos horas, são menos prováveis de tomar o pequeno almoço e apresentam um maior consumo de álcool e drogas do que os indivíduos sob menos *stress*.

Deste modo, pode considerar-se que o *stress* tem um **efeito directo na saúde**, pode interagir com a vulnerabilidade preexistentes e **indirecto** por afectar de forma adversa os hábitos de saúde. Mas a variedade individual também afecta a relação *stress*-doença, porque as estratégias de *coping* levam os indivíduos a lidar com o *stress* de maneira diferente (Taylor, 2003).

2.18. O *Stress* e a Personalidade

Alguns indivíduos possuem características pessoais que os tornam “imunes” aos efeitos do *stress*. Para além das características pessoais que têm sido sugeridas como tendo esta função, as principais são: a percepção de controlo sobre os sucessos ou insucessos, ou o *locus* interno de controlo (Suls e Mullen, 1991 cit. por Marks et al., 2000); o sentido de auto-eficácia (Bandura, 1977 cit. por Marks et al., 2000); uma personalidade forte (Kobasa, 1979 cit. por Marks et al., 2000); e capacidade para perceber o mundo como algo com significado e manejável, ou senso de coerência (Antonovsky, 1987 cit. por Marks et al., 2000). Contudo, o *stress* não causa alterações no estado de saúde apenas em pessoas com personalidades vulneráveis.

2.19. O Apoio Social e o *Stress*

O apoio social pode ser definido como “a informação proveniente dos outros de que somos amados, importantes, estimados e valiosos, parte de uma comunicação em rede e de que temos obrigações mútuas para com os pais, esposo ou companheiro, familiares, amigos e outros contactos sociais e comunitários (como igrejas ou clubes) (Rietschlin, 1988 cit. por Taylor, 2003), ou mesmo para com um animal de estimação dedicado” (Siegel, 1993 cit. por Taylor, 2003, pág. 235).

Taylor (2003), afirmou que pessoas com maiores níveis de apoio social podem experimentar menos *stress* e podem lidar com os acontecimentos *stressantes* com maior sucesso.

Segundo Taylor (2003), as investigações apontam para a existência de quatro formas de apoio social:

- **Apoio Avaliado** – inclui ajudar um indivíduo a compreender melhor o acontecimento *stressante* e indicar quais são os melhores recursos e estratégias para lidar com a situação (Taylor, 2003).
- **Assistência Tangível** (palpável) – envolve o fornecimento de suporte material, como serviços, ajuda financeira ou bens (Taylor, 2003).
- **Apoio Informativo** acerca dos acontecimentos *stressantes* – experiências de familiares e amigos que podem ajudar o indivíduo a lidar com a situação (Taylor, 2003).
- **Apoio Emocional** – assegura ao indivíduo que é uma pessoa válida e importante (Taylor, 2003).

Existem várias evidências que as pessoas com elevado nível de apoio social vivem durante mais tempo e gozam de melhor saúde do que indivíduos relativamente isolados (House et al., 1988; Uchino et al., 1996 cit. por Marks et al., 2000).

Segundo Marks et al. (2000), a relação parece ser causal. Uchino et al. (1996, cit. Marks et al., 2000), notaram que grande qualidade de apoio social parece ter efeitos benéficos em diversos aspectos dos sistemas cardiovascular, endócrino e imunitário.

2.20. O *Stress* e o Controlo

Numa situação de *stress*, os indivíduos buscam o **controlo**, ou seja, tentam arranjar maneira de contornar a situação. Pode definir-se controlo como “a crença que se tem à disposição uma resposta que pode influenciar a negatividade de um dado estímulo” (Thompson, 1981 cit. por Palma-Oliveira, 1992, pág. 64).

Rothbaum, Wetz e Snyder (1982, cit. por Palma-Oliveira, 1992), introduziram o conceito de **controlo secundário**. Segundo estes autores, no controlo secundário ocorre uma tentativa de mudar o “*self*” de modo a que este se ajuste ao meio.

Assim, poderemos considerar a existência de dois tipos de controlo: o primário e o secundário. A tentativa de controlo primário é a que ocorre em primeiro lugar e tem como objectivo procurar uma resposta que permita inverter a situação (considerada negativa). A tentativa de controlo secundário ocorre devido ao insucesso do controlo primário e tem em vista a tentativa de mudança do “*self*” para uma adaptação às novas condições (inicialmente negativas) do meio ambiente.

Segundo Rothbaum, Wetz e Snyder (1982, cit. por Palma-Oliveira, 1992), podem distinguir-se os seguintes estilos de controlo:

Tabela 2.1. – *Estilos de controlo segundo Rothbaum, Wetz e Snyder (1982)*
(Adaptado de Palma-Oliveira, 1992, pág. 64).

	Controlo Primário	Controlo Secundário
Controlo Preditivo	Tentar controlar o acontecimento	Tentar evitar o desapontamento
Controlo Ilusório	Tentar controlar o acaso	Tentar associar-se ao acaso
Controlo Vicariante	Tentar manipular os mais poderosos	Tentar associar-se aos mais poderosos
Controlo Interpretativo	Tentar compreender o problema de modo a manipulá-lo	Tentar dar significado ao problema para aceitá-lo

O controlo não é um processo único mas um duplo processo onde depois do insucesso do primário poderá haver sucesso no secundário. Este poderá levar a comportamentos de passividade e retracção que, no entanto, não são sinais de falta de controlo, mas sim de controlo secundário (Rothbaum e col., 1982 cit. por Palma-Oliveira, 1992).

De acordo com Palma-Oliveira (1992), a passividade que resulta do controlo secundário não deverá ser acompanhada de activação fisiológica e deverá ser

subsequente à reacção de alarme e a pelo menos uma tentativa de controlo primário. A tentativa de controlo secundário só é accionada após o controlo primário ter falhado. Neste caso, os indivíduos modificam o *self* e esta modificação é responsável pela redução do *stress* no indivíduo (Palma-Oliveira, 1992).

2.21. A Impotência Aprendida

Quando o indivíduo não tem possibilidade de controlo original sobre uma situação, quando esse controlo é possível, ele já não tenta controlar a situação. A este processo dá-se o nome de impotência aprendida (Palma-Oliveira, 1992). Segundo Maier e Seligman (1976 cit. por Palma-Oliveira, 1992), a impotência aprendida leva a défices motivacionais, cognitivos (interferindo com a crença que existe uma relação entre o que o organismo faz e aquilo que recebe) e comportamentais.

O conceito de impotência aprendida é usado para explicar a depressão. O padrão comportamental em situações de estimulação externa incontrolável é essencialmente de retraimento e isolamento (Palma-Oliveira, 1992).

Em humanos foram realizados estudos, alguns deles com estímulos indutores de *stress* como o ruído, onde pessoas depois de serem confrontadas com um estímulo incontrolável, mostravam-se passivas numa outra situação onde o controlo era possível (Hiroto, 1974 cit. por Palma-Oliveira, 1992).

Um estado de impotência aprendida, nos humanos, poderá desencadear-se a seguir a um acontecimento “mau” (para o sujeito) que é visto como incontrolável. O indivíduo possui um determinado estilo atributivo que o levará a considerar esse acontecimento como causado internamente por algo estável e global. Neste caso, a probabilidade de aparecimento de um estado de impotência aprendida será mais elevada (Peterson e Seligman, 1984 cit. por Palma-Oliveira, 1992).

Resumo

O risco é a probabilidade de ocorrer um acontecimento prejudicial à saúde humana, qualidade de vida ou qualidade do ambiente. A percepção de risco corresponde ao julgamento intuitivo que um indivíduo faz de um risco, sem a consideração dos benefícios que esse risco possa, eventualmente, ter.

No presente trabalho de investigação os conceitos de risco e de percepção de risco são abordados no contexto da saúde e estão obviamente relacionados com os riscos para a saúde e com a percepção de gravidade do estado de saúde.

Na percepção de gravidade do estado de saúde estão envolvidos vários factores relacionados com o indivíduo (experiência anterior com a situação de doença ou com os sintomas, as expectativas relativamente aos sintomas e ao problema de saúde, os factores cognitivos, as diferenças culturais e a responsabilidade pessoal pela doença) e com a doença (a seriedade dos sintomas, a identidade da doença, as consequências da doença, as suas causas, a curabilidade do problema de saúde, a sua controlabilidade e o grau de mudança da doença ao longo do tempo).

A percepção de gravidade que um indivíduo tem acerca do seu problema de saúde pode estar relacionada com um maior ou menor grau de adesão aos tratamentos recomendados pelo profissional de saúde. O capítulo que se segue faz uma abordagem pormenorizada do *compliance* e dos factores que o influenciam.

CAPÍTULO III
COMPLIANCE



3. *Compliance* (Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde)

Introdução

O *compliance* pode definir-se como a adesão dos pacientes aos conselhos médicos ou de saúde e diz respeito não apenas à toma da medicação prescrita, nas vezes e horários recomendados, mas também, se refere a outros conselhos médicos como a realização de exames e de visitas periódicas ao médico, mudança dos hábitos de vida, adopção da prática de sexo seguro, entre outros aspectos.

Apesar do *compliance* se referir não apenas ao cumprimento das terapêuticas medicamentosas, os fármacos são um aspecto importante dos cuidados de saúde, na medida em que, muitas vezes, são usados no processo de tratamento dos pacientes, quer como tratamento principal, quer como complemento de outros tratamentos.

Tem-se vindo a generalizar o uso de medicamentos porque estes apresentam algumas vantagens importantes, nomeadamente na prevenção de algumas doenças, na redução do tempo de hospitalização dos utentes e na diminuição da necessidade de intervenções cirúrgicas nos pacientes.

De facto, a adesão dos pacientes aos conselhos médicos ou de saúde é um aspecto muito importante para os cuidados de saúde, visto que, dela depende a recuperação mais rápida do paciente. A não adesão pode atrasar o processo de cura e encarecer o tratamento recomendado pelo profissional de saúde.

O *compliance* está dependente de uma série de factores, entre os quais se podem destacar, a percepção de gravidade da doença, a satisfação do utente com a consulta, as características do tratamento e as características do próprio paciente.

O presente capítulo pretende demonstrar como se podem administrar os medicamentos, a sua acção no corpo humano e os riscos relacionados com a toma de medicação e com a automedicação. É, ainda, feita referência ao conceito de *compliance*, à sua importância e aos factores que influenciam a adesão à terapêutica recomendada.

3.1. O Conceito de Medicamento

Um medicamento é toda a substância ou composição de origem natural ou química, que possua propriedades preventivas ou curativas das doenças e dos seus sintomas, no homem ou no animal. Estas substâncias são administradas ao organismo com o objectivo de restaurar, corrigir ou modificar as suas funções orgânicas, de modo a atingir um bem-estar físico, mental e social (Lexicoteca Moderna Enciclopédia Universal, 1987, tomo XIII, pág. 14; Aguiar, 2002, pág. 40).

O fabrico, autorização, registo, controlo e prescrição dos medicamentos estão devidamente regulamentados por leis. Estas proíbem o fabrico e circulação de qualquer medicamento que, à luz dos conhecimentos científicos actuais, levante fundadas suspeitas de provocar efeitos prejudiciais (Lexicoteca Moderna Enciclopédia Universal, 1987, tomo XIII, pág. 14). Segundo Richard e Senon (1996), o fabrico de medicamentos obedece a um conjunto de regras do Conselho da Europa, as boas práticas de fabrico, BPF.

Uma investigação de Cabral, Silva e Mendes (2002) revela que para a grande maioria da população inquirida, o hábito dos médicos receitarem medicamentos no final das consultas constitui uma espécie de ritual confirmatório não só da doença, como também, e talvez sobretudo, da cura. Inversamente, o incumprimento deste ritual significaria, para eles, qualquer coisa como um desmentido da condição de doentes que assumiram ao virem consultar o médico.

Os medicamentos são, muitas vezes, a base dos tratamentos médicos em medicina quer geral, quer especialista. Os medicamentos podem apresentar várias formas, estando cada uma delas adaptada a uma determinada via de administração e a um tratamento específico. Quanto mais simples e prática for a forma de administração do medicamento, maior será a tendência para os indivíduos aderirem ao regime prescrito. A via de administração é, também, um factor importante na adesão ao tratamento, na medida em que, pode interferir de forma mais ou menos significativa com a vida do paciente.

3.2. As Formas e as Vias de Administração dos Medicamentos

Segundo Richard e Senon (1996), um medicamento pode ser concebido para tratamento local ou para tratamento geral ou sistemático. Num tratamento local o medicamento actua em determinados territórios no organismo, a sua acção é localizada. Num tratamento geral ou sistemático, o medicamento actua em todo o organismo, embora alguns tecidos ou órgãos constituam um alvo privilegiado (Richard e Senon, 1996).

Ao pensar-se em medicamentos, há que ter presentes duas vertentes do seu uso terapêutico: a curativa e a profiláctica (a que evita o aparecimento de certas situações patológicas) (Garret, 2001).

A via de administração de um medicamento é determinada pelas propriedades do fármaco e pelos objectivos terapêuticos (Mycek, Harvey e Champe, 2002).

Segundo Richard e Senon (1996), a administração de um medicamento por **via oral** é a principal forma de tratamento geral. Os farmacêuticos distinguem os medicamentos orais entre: apresentações sólidas e apresentações líquidas e entre formas unitárias e formas multidoses. As formas de medicamentos que são administradas por via oral são o xarope, os comprimidos, as cápsulas e as gémulas (Richard e Senon, 1996). Esta via de administração dos medicamentos tem as vantagens de ser cómoda, económica e de não interferir de forma significativa com a vida do paciente porque ele mesmo pode administrar o medicamento em qualquer lugar e a qualquer hora. Estas características estão, geralmente, associadas com uma maior adesão aos conselhos médicos e/ou de saúde.

Para além da via oral, outras vias de administração podem ser igualmente eficientes. Os pachos, as pomadas, os cremes e os geles são aplicados por **via dérmica**, libertando os princípios activos sobre a mesma, exercendo uma acção sistemática (Richard e Senon, 1996). Esta via de administração é, também ela, simples, indolor, rápida e parece não afectar de forma significativa a vida do paciente.

Outra via de administração dos medicamentos é o **recto**. Os supositórios e as lavagens são exemplos de medicamentos que são administrados através do recto (Richard e Senon, 1996). Esta via de administração dos medicamentos não é muito prática e, muitas vezes, causa embaraço e desconforto ao paciente. Deste modo, os

níveis de *compliance* podem diminuir porque esta via de administração afecta a vida do indivíduo.

A **via parenteral** é, também, muito utilizada como via de administração dos medicamentos. As injeções são exemplos de medicamentos administrados pela via parenteral (Richard e Senon, 1996). A facilidade de aplicação do medicamento por esta via está comprometida, pelo facto, de necessitar de um especialista (médico, enfermeiro, farmacêutico, entre outros) para a sua administração. Este aspecto pode diminuir o *compliance* porque o indivíduo, para cumprir o tratamento recomendado, tem que alterar a sua vida quotidiana para se encontrar com o responsável pela administração do medicamento.

Os medicamentos podem, também, ser administrados por **via vaginal**, é o caso dos óvulos e dos comprimidos ginecológicos que são introduzidos na vagina (Richard e Senon, 1996).

Os medicamentos têm vindo a evoluir ao longo do tempo, de modo a tornar o processo de tratamento menos penoso para os doentes. Este avanço farmacológico, torna a administração dos medicamentos mais simples e com menor prejuízo, desconforto, dor ou embaraço para o doente. Assim, os pacientes tem vindo a ter ao seu dispor uma maior variedade de substâncias que interferem, cada vez menos, com o seu estilo de vida. Este aspecto é importante no aumento da adesão dos pacientes aos tratamentos médicos recomendados pelos profissionais de saúde.

3.3. A Evolução dos Medicamentos no Organismo

Segundo Page, Curtis, Sutter, Walker e Hoffman (1999), a farmacocinética é a ciência que estuda, no plano qualitativo e quantitativo, a evolução do medicamento no organismo. A evolução de um medicamento no organismo decorre em três fases: fase de absorção, fase de distribuição e fase metabólica.

A **fase de absorção** (ou **reabsorção**) é definida como a passagem do medicamento do seu local de administração para o plasma sanguíneo (Rang, Dale e Ritter, 2001). Ela não ocorre, quando o produto é introduzido directamente no sangue, nomeadamente, por injeção intravenosa (Richard e Senon, 1996). Por outras vias, pode haver absorção apenas parcial, o que diminui a sua biodisponibilidade (Mycek, Harvey e Champe, 2002). As doses medicamentosas recomendadas têm em

conta este aspecto, ou seja, pode ser administrada uma dose superior à que efectivamente actua.

A **distribuição** é o processo pelo qual um fármaco reversivelmente abandona a corrente sanguínea e passa para o interstício (líquido extracelular) e/ou para as células dos tecidos. A distribuição depende do fluxo sanguíneo, da permeabilidade capilar, do grau de ligação do fármaco a proteínas e da hidrofobicidade relativa do composto (Mycek, Harvey e Champe, 2002).

Durante a **fase metabólica** as moléculas dos medicamentos sofrem a acção de enzimas que modificam a sua estrutura e as suas características físico-químicas e farmacológicas (Garret e Monteiro, 2001).

A fase metabólica explica a ocorrência de possíveis interferências, quando se administram simultaneamente vários medicamentos. Diversas moléculas aumentam a actividade das enzimas que participam tanto no seu metabolismo próprio, como no de outros medicamentos: trata-se do fenómeno de indução enzimática. Outras, inversamente, diminuem a actividade dessas enzimas: trata-se, então, de um fenómeno de inibição enzimática. Em ambos os casos, a associação pode saldar-se por variações brutais e indesejáveis na actividade dos medicamentos, ou de toxicidade se a percentagem de um produto aumentar (inibição), ou de risco de ineficiência terapêutica se a percentagem diminuir (indução) (Richard e Senon, 1996).

3.4. A Acção dos Medicamentos no Organismo

Segundo Richard e Senon (1996), podem distinguir-se dois tipos teóricos de acção do medicamento: **medicamento alopático** (a doença pode ser combatida por efeitos opostos aos da própria doença) e o **medicamento homeopático** (fundado em princípios de analogia e de semelhança).

Muitos medicamentos actuam modificando o funcionamento de determinadas populações celulares, o que pode traduzir-se por uma modificação das propriedades eléctricas da membrana celular, por uma inibição da acção de mediadores fisiológicos ou por uma inibição da síntese de proteínas (Richard e Senon, 1996).

De acordo com Richard e Senon (1996), vários medicamentos limitam de forma mais ou menos específica a acção das enzimas sobre a degradação de moléculas fisiológicas (antidepressivos, anti-hipertensores, anti-inflamatórios, etc.).

Muitos medicamentos (antibióticos, anticancerígenos, etc.) actuam sobre as macromoléculas implicadas na expressão do código genético (DNA ou RNA) ou na divisão celular (bactérias, células cancerígenas). Eles impedem a síntese de constituintes essenciais à vida dessas células (Richard e Senon, 1996).

Richard e Senon (1996), referem que outros medicamentos actuam suprimindo uma carência fisiológica (hormonas, oligoelementos, vitaminas, nutrientes, etc.) ou modificando as características físico-químicas locais (“pensos” gástricos, alguns antiulcerosos, etc.).

3.5. Os Medicamentos e os seus Riscos

Segundo Aguiar (2002), um medicamento raramente apresenta uma acção única no organismo. A actividade terapêutica constitui o efeito desejado do medicamento mas, as reacções adversas ou **efeitos secundários** podem ocorrer e estes constituem efeitos não desejados da acção do medicamento.

Os doentes podem apresentar uma susceptibilidade particular ao medicamento e este provoca, então, uma reacção imprevisível, determinada pelo contexto biológico próprio do doente, geralmente de natureza alérgica, qualificada de **reacção idiosincrática** (Richard e Senon, 1996).

De acordo com Aguiar (2002), a resposta aos fármacos é variável de pessoa para pessoa mas, em doses elevadas algumas substâncias podem levar ao **estado de coma** ou inibir determinadas áreas do cérebro.

Alguns medicamentos disponíveis para o tratamento das doenças **interagem com outros medicamento** produzindo efeitos indesejados. (Page et al., 1999).

Segundo Richard e Senon (1996), é de salientar, também, que a utilização de certos medicamentos é susceptível de induzir **farmacodependência**: o doente experimenta dificuldades em pôr termo à utilização do produto, de que se terá tornado mais ou menos dependente. Este efeito indesejável depende da natureza do medicamento, mas também da sua dose e da duração do tratamento.

A acção do medicamento explica que ele possa ser **contra-indicado em determinados indivíduos**, quando a sua administração corre o risco de revelar ou agravar perturbações fisiológicas, seja em razão de uma patologia específica, seja em razão da idade do doente ou de um contexto particular (gravidez, por exemplo). Noutros casos, a utilização do medicamento dá lugar a precauções particulares, impondo ao médico a avaliação da relação benefícios/riscos. Algumas especialidades permanecem, por esta razão, sujeitas a uma prescrição restrita (Page et al., 1999; Richard e Senon, 1996), a prescrição médica.

A percepção dos riscos que os medicamentos representam para o organismo pode ter influência no *compliance* dos pacientes. Se o indivíduo considerar que os benefícios da utilização do medicamento são superiores aos custos da sua utilização terá maior tendência para cumprir o tratamento.

3.6. A Gestão de um Produto de Consumo

Os medicamentos são consumidos por indivíduos de todas as faixas etárias, mas os idosos, os mais jovens e os doentes crónicos, constituem o essencial dos consumidores. Os homens são menores consumidores em relação às mulheres (Richard e Senon, 1996).

Segundo Richard e Senon (1996), o aumento da despesa com os medicamentos está, cada vez mais ligado, à comercialização de medicamentos inovadores. O aumento do consumo de medicamentos nos países desenvolvidos pode ser explicado, em parte, pelo aumento da população e seu envelhecimento, comercialização de produtos inovadores em domínios até aqui desprovidos de soluções terapêuticas, estilo de vida actual, modificação da percepção de doença, melhoria da informação e autonomização acrescida dos doentes (Richard e Senon, 1996).

De acordo com Richard e Senon (1996), o investimento financeiro que representa o medicamento, tanto ao nível da indústria como da sociedade, não tem sentido senão quando avaliado à luz dos benefícios gerados. O medicamento apresenta várias vantagens entre as quais se podem destacar, o facto de permitir a prevenção de uma doença (vacinas), redução da duração da hospitalização, pode evitar a realização de vários exames ou de uma intervenção cirúrgica e limita o

absentismo. O medicamento permanece, actualmente, como a terapêutica mais eficaz ou mais útil relativamente à relação benefícios/custos (Richard e Senon, 1996).

3.7. O Risco da Automedicação

A automedicação é um fenómeno amplificado. Segundo Richard e Senon (1996), cerca de 30% da população ocidental usa medicamentos à margem de qualquer opinião médica, em circunstâncias variadas. A automedicação é uma prática muito frequente na nossa sociedade, sobretudo, porque existe um rápido e fácil acesso ao medicamento (Gallar, 2001).

Segundo Gallar (2001), os factores que contribuem para o aumento da automedicação são:

- A acessibilidade aos medicamentos.
- Maior conhecimento popular relativamente aos fármacos.
- Maior disponibilidade de medicamentos não sujeitos a receita médica.
- Venda de medicamentos sujeitos a receita médica, sem a apresentação da mesma.

A automedicação compreende não só a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica, como também, a utilização de medicamentos existentes na farmácia familiar (Aguar, 2002; Richard e Senon, 1996), ou seja, especialidades medicamentosas que sobreram de um tratamento específico.

As principais consequências da automedicação, segundo Gallar (2001), são as que seguidamente se apresentam:

- Maior probabilidade de intoxicação medicamentosa.
- Indicação incorrecta do tratamento.
- Ineficácia progressiva de certos medicamentos, como os antibióticos, cujo uso indiscriminado favorece o aparecimento de bactérias resistentes.
- Falta de controlo dos profissionais de saúde.
- Maior custo socioeconómico para o utente e para o SNS.
- Falsa consciência que qualquer problema de saúde é facilmente tratado com um medicamento.
- Mascarar as enfermidades.

3.8. O Conceito de *Compliance*

O termo *compliance* pode ser definido como a medida em que o comportamento do paciente (em termos de tomar a medicação, seguir um regime dietético ou outras mudanças no estilo de vida) coincide com o conselho médico ou de saúde (Haynes, 1979 cit. por Curtis, 2000; Marks et al., 2000 e Ogden, 1999).

Apesar da investigação se focar na adesão à medicação, a adesão inclui também numerosos comportamentos relacionados com a saúde que se estendem para além de tomar os medicamentos prescritos (OMS, 2003). Segundo a OMS (2003), procurar cuidados médicos, seguir as prescrições, tomar a medicação de forma apropriada, obter imunização, tomar atenção aos aspectos do tratamento, executar alterações no comportamento que levem ao aumento da higiene pessoal, autocuidado com a asma ou diabetes, não fumar, usar métodos contraceptivos, evitar comportamentos sexuais de risco, ter uma alimentação equilibrada e praticar exercício físico, são exemplos de comportamentos terapêuticos.

O *compliance* é afectado por muitos factores relacionados com o paciente, com a doença, com o médico, com a família e com o regime de tratamento (Khattab, Abolfotouh, Khan, Humaidi e AlKaldi, 1999). A incapacidade financeira para suportar as despesas com os medicamentos ou com os tratamentos é, também, um factor que pode ser associado de forma significativa e negativa com o *compliance* (Elzubier, Husain, Suleiman e Hamid, 2000).

A adesão aos cuidados de saúde assume duas formas principais: comportamental e médica. A forma de **adesão comportamental** está relacionada com comportamentos de saúde, tais como, deixar de fumar, realizar exercício físico e ter uma alimentação saudável. A **adesão médica** toma uma grande variedade de formas incluindo aquelas que estão relacionadas especificamente com a medicação: terminar o tratamento prescrito, tomar a dose correcta, tomar o medicamento nas vezes e horário recomendados e lembrar de tomar o medicamento (Whitney et al., 1993 cit. por Marks et al., 2000).

Existem várias formas de não adesão que incluem o facto do paciente não guardar os apontamentos, a insistência em discordar com o conselho médico (Meichenbaum e Turk, 1987 cit. por Marks et al., 2000) e a não adesão criativa (Taylor, 2003).

3.9. As Dimensões do *Compliance* e do *Non-Compliance*

A adesão ao tratamento médico tem vindo a ser considerada um dos principais veículos para a recuperação do paciente e promoção de uma boa saúde (Pitts e Phillips, 1998 cit. por Curtis, 2000).

O *non-compliance* constitui um problema sério para a medicina e para a recuperação do paciente. Contudo, uma grande parte das pessoas não adere, ou não adere completamente, às recomendações dos profissionais de saúde.

Existem fortes evidências que muitos pacientes padecendo de doenças crónicas como a asma, a diabetes, a hipertensão ou a sida, têm dificuldade em aderir aos regimes de tratamento recomendados. Isto resulta num menor nível de controlo da doença (Rybacki, 2002 e Dunbar-Jacob et al., 2000, cit. por OMS, 2003).

Segundo a OMS (2003), a fraca adesão às terapêuticas recomendadas pode causar complicações médicas e psicossociais da doença, reduz a qualidade de vida dos pacientes e desperdiça os recursos dos serviços nacionais de saúde.

As conclusões das investigações são inequívocas – os problemas de adesão são observados em todas as situações em que a auto-administração do tratamento é requerida, independentemente do tipo de doença, seriedade do problema de saúde e acessibilidade em recursos de saúde (OMS, 2003).

Dunbar e Stunkard (1979, cit. por Marks et al., 2000), estimaram que 20-80% dos pacientes comete erros de medicação e 25-60% interrompe a medicação demasiado cedo. Haynes (1979, cit. por Marks et al., 2000), estimou que a não adesão a um tratamento com medicamentos varia entre 42-62%. Fiedler (1992, cit. por Marks et al., 2000), estimou que cerca de 1/3 dos pacientes cumpre sempre a prescrição, 1/3 nunca cumpre e 1/3 cumpre às vezes. De facto, surpreendentemente, as investigações mostram que cerca de 50% dos pacientes com doenças crónicas como a diabetes e a hipertensão não são aderentes aos regimes de tratamento (Ogden, 1996 cit. por Curtis, 2000) e que o nível de *compliance* não está directamente relacionado com a seriedade da doença (Curtis, 2000).

Analisando os dados acima apresentados, pode concluir-se que a não adesão é muito elevada, ou seja, que muitos doentes não cumprem completamente as recomendações dos profissionais de saúde.

Existem também implicações financeiras resultantes do *non-compliance* (Curtis, 2000). Todos os anos os governos dos vários países gastam milhares de

euros em participações de medicamentos que não chegam a ser tomados pelos pacientes e outro tanto em tratamentos complementares para problemas de saúde que se agravaram pela não adesão ao primeiro tratamento prescrito.

A não adesão (*non - compliance*) é um produto inevitável das colisões entre o mundo clínico e os outros mundos competitivos do trabalho, da amizade, da família, etc. (Trostle, 1988 cit. por Marks et al., 2000).

O alívio dos sintomas sentidos ou o desejo de uma melhoria das condições de vida são aspectos importantes que levam o paciente a procurar os cuidados médicos. A prescrição de um tratamento é um procedimento comum durante a consulta médica. Contudo, a decisão de cumprir este tratamento cabe exclusivamente ao doente. As influências exteriores ao “mundo clínico” vão afectar esta decisão. Aspectos como a experiência pessoal e de familiares ou amigos, o conhecimento pessoal relativamente à doença ou ao tratamento, a opinião dos familiares e amigos, as implicações do tratamento na vida do paciente, entre outros, influenciam a decisão de adesão ou não adesão por parte do paciente. De um modo geral, os pacientes tomam as suas decisões acerca da adesão com base noutras fontes que não o médico, como por exemplo, a família, os amigos, o farmacêutico, entre outros.

3.10.A Não Adesão Criativa

A não adesão criativa ou não adesão inteligente é uma forma curiosa de não adesão que, segundo Weintraub (1976, cit. por Taylor, 2003), envolve a modificação ou suplemento de um regime de tratamento prescrito por um profissional de saúde. Segundo Taylor (2003), um paciente com poucos **recursos económicos** pode alterar a dosagem dos medicamentos prescritos de modo a que o medicamento dure o máximo de tempo possível ou pode guardar algum medicamento de reserva para o caso de um membro da família aparecer com a mesma doença ou com os mesmos sintomas.

A não adesão criativa pode também ser a resposta a **preocupações** ou **confusões** acerca do regime de tratamento (Taylor, 2003). Um estudo da não adesão entre os mais velhos estimou que cerca de 73% da não adesão foi intencional e não accidental (Cooper, Love e Raffoul, 1982 cit. por Taylor, 2003).

Segundo Taylor (2003), a não adesão criativa pode resultar de **teorias próprias** acerca das **doenças** e dos tratamentos. Um paciente pode considerar que sintomas particulares que merecem tratamento foram ignorados pelo médico. Assim, vai suplementar o regime de tratamento com outras preparações adquiridas na farmácia ou remédios caseiros que interagem com os medicamentos prescritos de forma imprevisível e, por vezes, perigosa (Taylor, 2003).

Um outro tipo de não adesão criativa ocorre quando o paciente **altera a dosagem recomendada** (Taylor, 2003). Se, por exemplo, quatro comprimidos por dia durante dez dias acabarão com o problema, oito comprimidos por dia durante cinco dias, será um tratamento duas vezes mais rápido. A adopção destes comportamentos arriscados pode ter como motivo, o facto do paciente tentar ultrapassar o sentido de perda de controlo que está associado à doença (Turk e Meichenbaum, 1991 cit. por Taylor, 2003). Alguns investigadores suspeitam que a não adesão é uma resposta do paciente, para restabelecer o controlo da relação paciente – profissional de saúde (Hayer-Bautista, 1976 cit. por Taylor, 2003).

3.11.Os Factores que Afectam o *Compliance*

Homedes (1991, cit. Curtis, 2000), considerou mais de duzentas variáveis que afectam o *compliance* e categorizou-as em cinco aspectos principais: Características do paciente; Características da doença; Características do regime de tratamento; Relação entre o profissional de saúde e o paciente; e Estabelecimento de saúde.

3.11.1. As Características do Paciente

De um modo geral, quanto menor apoio social um indivíduo tiver e quanto mais isolado socialmente estiver, menor o seu grau de *compliance*. Alguns problemas cognitivos ou perturbações emocionais podem, também, reduzir o *compliance*. Pessoas com problemas psicológicos variados são menos prováveis de aderir à prescrição médica (Marks et al., 2000).

Segundo Duarte (2002), muitas vezes, as crenças em curandeiros, endireitas e bruxos são factores que impedem a adesão ao tratamento prescrito pelo médico. As crenças de saúde podem ser consideradas como variáveis passíveis de sofrer alterações durante o processo de consulta. A modificação das crenças de saúde pode

ter um efeito positivo na adesão ao tratamento recomendado pelo profissional de saúde (Inui, Yaourtee e Williamson, 1976 cit. por Farquharson, Noble, Barker e Behrens, 2004).

Segundo Marks et al. (2000), quanto mais a prescrição médica está de acordo com as crenças de saúde do paciente, maior a probabilidade deste aderir ao tratamento. Além disso, o modo como o doente compreende os efeitos secundários do tratamento pode, também, determinar o modo como estes o afectam, de tal forma que, podem não ser os efeitos secundários a provocar a angústia, mas as convicções ou interpretações individuais acerca desses efeitos (Duarte, 2002).

O Modelo de Crenças de Saúde (ver págs. 25-26) foi originalmente formulado para explicar a adesão às recomendações médicas (Becker e Mainman, 1975 cit. por Marks et al., 2000). Este modelo defende que o grau de adesão de um paciente depende da sua percepção de gravidade da doença, susceptibilidade para a doença, benefícios do tratamento recomendado e barreiras em seguir esse tratamento.

Quanto mais os pacientes percebem as suas condições como sendo sérias, maior será a probabilidade de cumprirem o tratamento recomendado. A crença nos benefícios do cuidado médico e as fracas barreiras a este cuidado podem significar grande adesão (Marks et al., 2000).

Nos países desenvolvidos, um baixo nível socioeconómico pode colocar os pacientes numa posição de escolha entre satisfazer as necessidades dos membros da família e cumprir a prescrição médica (OMS, 2003).

Segundo a OMS (2003), alguns dos factores referidos como tendo um efeito negativo na adesão são: um baixo nível socioeconómico e cultural, pobreza, desemprego, falta de apoio social, condições de vida instáveis, elevados custos dos medicamentos, cultura e crenças acerca do tratamento e da doença, instabilidade familiar, esquecimento, *stress* psicológico, ansiedade acerca de possíveis efeitos secundários do tratamento, baixa motivação, conhecimentos inadequados acerca da doença ou do tratamento, falta de controlo sobre os sintomas da doença ou tratamento, percepção de não necessitar do tratamento, percepção de ineficácia do tratamento, não acreditar no diagnóstico, percepção de riscos associados com a doença, não compreensão do tratamento, negação da doença, fraco acompanhamento e aconselhamento pelo profissional de saúde, frustração com os profissionais de saúde, medo da dependência e sentir-se estigmatizado pela doença (OMS, 2003).

No quadro que se segue estão sumariadas as características do paciente que podem ser associadas com a não adesão a um tratamento prescrito pelo médico.

Tabela 3.1. - *Características do paciente associadas com a Não Adesão* (Meichenbaum e Turk, 1987, cit. por Marks et al., 2000, pág.290)

Características Sociais	Características Pessoais	Crenças de Saúde
Características da situação social do indivíduo	Família numerosa	Crenças de saúde inapropriadas ou conflituosas
Falta de apoio social	Falta de estabilidade sensorial	Modelo implícito de doença
Expectativas dos indivíduos mais próximos e suas atitudes face ao tratamento	Tipo e seriedade dos problemas psicológicos	Competição entre crenças socioculturais e éticas de doença e tratamento
Falta de estabilidade e harmonia familiar	Esquecimento	-
Instabilidade de residência	Falta de compreensão	
Ambiente e apoio ao comportamento não aderente		
Sentimentos de competição ou conflito	-	
Falta de recursos económicos		

3.11.2. As Características da Doença

O *compliance* parece estar relacionado com algumas características da doença. Segundo Marks et al. (2000), as características das doenças mais frequentemente relacionadas com o *compliance* são a gravidade e os sintomas visíveis. Contudo, a relação do *compliance* com a gravidade da doença parece não ser tão linear como seria de esperar. Um grande número de estudos têm demonstrado que pacientes com doenças crónicas assintomáticas não aderem com frequência ao tratamento (Miller, 1997 cit. por Marks et al., 2000). Este facto está relacionado com a falta de *feedback* interno. Se a doença é assintomática, o paciente não tem *feedback* interno das vantagens do tratamento, logo pode preferir não o cumprir.

De acordo com Marks et al. (2000), quando os sintomas são óbvios e não requeridos, uma pessoa tem maior probabilidade de aderir ao tratamento, que oferece uma promessa de remoção do mal-estar e recuperação da saúde. No entanto, quando o diagnóstico é confuso o grau de adesão é reduzido.

Algumas características da doença que têm uma forte influência na adesão à terapêutica recomendada são aquelas relacionadas com: a seriedade dos sintomas, nível de incapacidade (física, psicológica, social, vocacional) provocada pela doença, grau de progressão e seriedade da doença e disponibilidade de tratamentos efectivos (OMS, 2003).

O impacto destas características depende do modo como influenciam a percepção de risco do paciente, a importância em seguir o regime de tratamento e a prioridade da adesão (OMS, 2003). A depressão (Ciechanowski, Katon, e Russo, 2000 cit. por OMS, 2003) e o abuso de drogas e álcool, são modificadores importantes do comportamento de adesão dos pacientes (OMS, 2003).

3.11.3. Os Factores do Tratamento

Meichenbaum e Turk (1987 cit. por Marks et al., 2000) referem que quanto mais complicado for o tratamento, menor a probabilidade do paciente o cumprir de forma integral. Os profissionais de saúde têm vindo a preocupar-se em simplificar o regime de tratamento através do fornecimento de informações detalhadas. Mesmo que pretenda cumprir o tratamento recomendado, se este for muito complicado, o paciente pode confundir-se ou ter dificuldades em memorizar as recomendações do médico. Ley (1979, cit. por Marks et al., 2000), descobriu que os pacientes se esquecem de cerca de 1/3 da informação fornecida pelo médico.

Uma grande variedade de factores pode influenciar a compreensão do paciente relativamente ao diagnóstico e ao tratamento. Basicamente, quanto mais extensivas e complexas são as informações fornecidas, menor a probabilidade do paciente se recordar delas mais tarde (Marks et al., 2000). Um método eficaz para reduzir o esquecimento dos pacientes é fornecer informação escrita. A informação escrita tem a vantagem de poder ser recordada em qualquer fase do tratamento.

Outra característica do tratamento que influencia a adesão é a sua duração. Hulka (1976, cit. por Marks et al., 2000), descobriu que o *compliance* diminui com o aumento do número de medicamentos ou de doses. Sackett e Snow (1979, cit. por Marks et al., 2000), descobriram que o *compliance* com a terapia diminui com a duração do tratamento recomendado. Eles estimaram que o *compliance* com a terapia a longo prazo diminui para aproximadamente 50%, sem ter em consideração o estado de saúde do paciente. Masur (1981, cit. por Marks et al., 2000), sugeriu que não é a

duração do tratamento o factor responsável pelo *non – compliance* mas antes a ausência de sintomas. As terapias a longo prazo são geralmente recomendadas para doenças crónicas que apresentam poucos sintomas ou para as quais não existe diminuição dos sintomas como resultado da medicação. Nestes casos, o paciente, não tem *feedback* dos benefícios do tratamento (Marks et al., 2000)

O carácter actual do tratamento é, também, importante. Compreender como se sente o paciente acerca de um procedimento particular ou tratamento é um passo necessário para aumentar a adesão aos tratamentos médicos (Marks et al., 2000).

Seria de esperar que os medicamentos que apresentam poucos efeitos secundários estivessem associados com uma maior adesão. No entanto, segundo Marks et al. (2000), tem sido demonstrado que os efeitos secundários sociais, em termos de estigma, são tão importantes como os efeitos secundários físicos. Um factor relacionado com este aspecto é a alteração que o tratamento provoca na vida do paciente. Hunt et al. (1989, cit. por Marks et al., 2000), descobriram que os pacientes ajustam a medicação de modo a criarem um balanço entre o controlo dos sintomas da doença e a alteração no seu estilo de vida. Quando os efeitos secundários físicos e sociais são fáceis de controlar, a adesão é mais elevada (Marks et al., 2000).

Os factores relacionados com o tratamento e que afectam a adesão são aqueles relacionados com: a complexidade do regime de tratamento, a duração do tratamento, as falhas anteriores do tratamento, as alterações frequentes no tratamento, o tempo que demora a sentir os benefícios do tratamento, os efeitos secundários e a disponibilidade do suporte médico para lidar com a situação (OMS, 2003).

As características da doença e/ou do regime de tratamento não eliminam os efeitos dos factores que afectam a adesão, mas modificam a sua influência. Intervenções na adesão deveriam ser talhadas para as necessidades do paciente de forma a atingir um máximo de adesão (OMS, 2003), de modo a promover a saúde dos pacientes diminuindo os efeitos negativos da não adesão no estado de saúde do paciente.

A despesa com o tratamento prescrito pelo médico é outro aspecto importante para a adesão por parte do paciente. Por vezes, os tratamentos prescritos são dispendiosos e os pacientes não têm capacidade económica para os cumprir.

O quadro que se segue resume os aspectos do tratamento que podem estar relacionados com níveis mais elevados de não adesão.

Tabela 3.2. - Factores do tratamento associados com a Não Adesão
(Meichenbaum e Turk, 1987, cit. por Marks et al., 2000, pág. 293)

Preparação para o Tratamento	Caracter imediato do Tratamento	Administração do Tratamento	Consequências do Tratamento
Características do tratamento	Características das recomendações médicas	Supervisão inadequada dos profissionais de saúde	Efeitos secundários do tratamento ou medicação
Tempo de espera muito longo	Complexidade do regime de tratamento	Ausência de continuidade do tratamento	Efeitos secundários sociais
Longo tempo passado entre o referido e o apontado	Duração do regime de tratamento	Falta de supervisão das pessoas mais próximas	
Tempo das referências	Inconveniência		
Falta de apontamento individual	Grau de alteração comportamental		
Falta de coesão entre os sistemas e o tratamento	Despesa		
Inconveniência associada com a operação clínica	Características da medicina / médico		
Fraca reputação da facilidade do tratamento	<i>Design</i> descuidado da embalagem		
-	Rótulos inadequados		

3.11.4. Os Factores Interpessoais

Buller e Buller (1987 cit. por Marks et al., 2000), referem que muita da pesquisa acerca da adesão ao tratamento médico focou-se na comunicação médico – paciente e revelou que os doentes preferem os médicos que adoptam um estilo mais centrado no paciente. DiNicola e DiMatteo (1982, cit. por Marks et al., 2000), sugeriram que os pacientes apresentam maiores níveis de adesão quando os médicos são calorosos, cuidadosos, amigos e interessados. Em termos comportamentais o médico mantém bons contactos visuais, sorri muito e inclina-se perante o paciente – comportamentos interpretados como demonstradores de interesse e consideração.

McGlynn (1988, cit. por Marks et al., 2000), referiu que os pacientes se mostram mais satisfeitos com os médicos que apresentam uma elevada satisfação com o seu trabalho. DiMatteo et al. (1993 cit. por Marks et al., 2000), descobriram que a satisfação do médico com o seu trabalho predizia um aumento de *compliance* entre os pacientes dois anos depois. Do mesmo modo, o nível de adesão era superior

entre os pacientes de médicos com práticas mais ocupadas. Foi sugerido que tal facto reflecte a popularidade do médico. Um outro factor relacionado com o *compliance* é o sentido de segurança do médico (Marks et al., 2000).

Médicos e pacientes têm diferentes pontos de vista da saúde e da doença. Quanto maior for a compreensão do médico acerca das crenças de saúde do paciente, maior é a adesão do paciente ao tratamento recomendado (Marks et al., 2000).

Um outro factor importante embora menos explorado é a visão que o médico tem do paciente. Este facto está relacionado com a compreensão do médico acerca das crenças de saúde do paciente e sugere que quando o médico tem uma visão positiva do doente, então, adquire um estilo de comunicação muito mais centrado no paciente (Marks et al., 2000).

3.11.5. O Estabelecimento de Saúde e Organizacional

A consulta médica decorre num estabelecimento social público ou privado. Segundo Marks et al. (2000), longos períodos de espera pela consulta estão relacionados com menor adesão à terapêutica recomendada.

Pouca investigação tem sido realizada, no âmbito dos efeitos da equipa de saúde e do sistema de saúde na adesão dos pacientes. Contudo, uma boa relação profissional de saúde/paciente pode aumentar a adesão (Rose et al., 2000, cit. por OMS, 2003).

Existem muitos factores que têm um efeito negativo na adesão. Estes incluem: serviços de saúde pouco desenvolvidos, pobre distribuição de medicamentos, falta de conhecimento e de treino dos profissionais de saúde para lidar com as doenças crónicas, excesso de trabalho dos profissionais de saúde, falta de iniciativa e *feedback* no que se refere à performance, consultas curtas, fraca capacidade do sistema para educar os pacientes e os profissionais de saúde para o cumprimento das prescrições, incapacidade de estabelecer apoio comunitário, falta de conhecimento acerca da adesão e de intervenções efectivas para a aumentar (OMS, 2003).

O contexto social local, em termos de família e amigos é, também, importante. Se os membros da família permanecem e assistem às preocupações do paciente com a sua medicação é esperado que o paciente seja mais aderente. Tem sido sugerido que o ponto de vista do parceiro do paciente acerca da medicação

prescrita é o factor mais importante para explicar o *compliance* (Marks *et al.*, 2000). Se o(a) companheiro(a), familiares e amigos incentivarem o paciente a tomar a medicação e a cumprir integralmente o tratamento prescrito pelo médico existe uma maior probabilidade do paciente aderir ao tratamento recomendado. O mesmo acontece nos casos em que o tratamento pressupõe alterações no estilo de vida ou na alimentação. Se as mudanças na vida do paciente forem acompanhadas pelo(a) companheiro(a), outros familiares e amigos, o grau de adesão é mais elevado. O apoio social percebido pelo paciente é muito importante na adesão ao tratamento prescrito pelo profissional de saúde, como já foi anteriormente referido.

3.12.A Percepção de Controlo e o *Compliance*

A percepção de controlo é um factor que está relacionado com a adesão ao tratamento médico recomendado. Os indivíduos necessitam de sentir que têm controlo sobre o seu estado de saúde e sobre as suas actividades de vida. Quando há uma percepção de falta de controlo, os indivíduos tendem a ser menos aderentes aos tratamentos médicos.

De acordo com a teoria da reacção, os indivíduos acreditam que têm o direito de controlar o seu próprio comportamento. Quando este direito não é cumprido, os indivíduos reagem de modo a estabelecer o controlo sobre o comportamento e para prevenir a perda de outras liberdades. Basicamente, as pessoas não gostam de ser pressionadas e tendem a inverter a situação (Marks *et al.*, 2000).

Fogarty (1997, cit. por Marks *et al.*, 2000), argumentou que quanto mais extenso e complexo é o tratamento prescrito, maior é a ameaça percebida à liberdade. Esta ameaça poderá ser aceite por parte do indivíduo se existirem promessas de melhorias no seu estado de saúde. Contudo, a grande complexidade de alguns regimes de tratamento pode sensibilizar o paciente para ameaças à sua liberdade. A não adesão pode ser interpretada como um meio de resistir ao domínio médico (Marks *et al.*, 2000).

3.12.1. Dar Poder aos Pacientes

Implícito no conceito de *compliance* está o conceito de dar poder ao paciente, que está envolvido no aumento da autonomia e do controlo (Rappoport, 1987 cit. por Marks et al., 2000). Em vez de impor a visão dos especialistas de saúde, o poder parece aumentar a auto-compreensão do paciente e o seu potencial auto-cuidado (Feste e Anderson, 1995 cit. por Marks et al., 2000).

3.12.2. O Medo da Medicação

Na perspectiva dos leigos, o *non - compliance* pode ser percebido como um meio de reduzir uma grande variedade de medos. Segundo Marks et al. (2000), os indivíduos não aderem às terapêuticas medicamentosas prescritas pelos motivos que seguidamente se apresentam:

- Medo dos efeitos secundários;
- Medo da dependência;
- Medo de eficácia reduzida;
- Não se adequar ao estilo de vida;
- As drogas são um sinal de fraqueza;
- As drogas não estão de acordo com as crenças de saúde.

Marks et al. (2000), referem que, muitas vezes, o desenvolvimento dos efeitos terapêuticos e secundários dos medicamentos pode levar o paciente a preferir não os tomar, visto que, desconhece os benefícios e os riscos envolvidos nesta acção. A percepção de controlo é, neste caso, nula e o indivíduo tenderá a ser não aderente para não agravar o seu estado de saúde (Marks et al., 2000).

Marks et al. (2000), referem que o inverso é, também, uma possibilidade. A toma dos medicamentos e o cumprimento das indicações terapêuticas podem dar ao indivíduo uma sensação de que controla a situação (se não tomar os medicamentos ou não cumprir os tratamentos poderá agravar o seu estado de saúde).

3.12.3. O Controlo da Identidade

O cumprimento da prescrição médica está, também, associado com o grau de aceitação do paciente da sua doença e do seu desejo de a controlar (Marks et al., 2000).

O grau de cumprimento da prescrição (*compliance*) com o tratamento recomendado está relacionado não só com o carácter da doença mas, também, com a auto-definição do paciente. *Compliance* e *non-compliance* não são apenas meios de manusear os sintomas mas são, também, meios de manusear a identidade pessoal (Marks et al., 2000). A aceitação da doença é um primeiro passo para aumentar a adesão aos tratamentos prescritos. Os indivíduos que negam o seu estado de doença tendem a ser menos aderentes aos tratamentos recomendados (Taylor, 2003).

3.13. Quem Adere aos Tratamentos Médicos Prescritos?

De um modo geral, as mulheres, os indivíduos de raça branca e as pessoas mais idosas são mais prováveis de seguir as prescrições médicas e apresentam uma maior percepção de que os cuidados de saúde estão disponíveis, o que aumenta a adesão (Bush e Osterweis, 1978 cit. por Taylor, 2003).

A não adesão pode, também, ser um produto das barreiras linguísticas e culturais e da existência de classes sociais (Samora et al., 1961 cit. por Taylor, 2003). A não compreensão da gravidade do estado de saúde e dos benefícios do tratamento, devido a incompatibilidade linguística ou cultural entre o paciente e o profissional de saúde, é um aspecto importante no aumento da não adesão.

As pessoas encontram-se inseridas numa sociedade com cultura, religião, crenças e características próprias. Ao pertencer a esta sociedade, o indivíduo partilha com todos os outros membros estes aspectos. Quando a cultura, a religião e as crenças não são respeitadas pelo profissional de saúde, o resultado é a não adesão.

As diferentes classes sociais, existentes numa sociedade, demonstram oportunidades diferentes no que se refere ao acesso à cultura e à educação e, também, no que diz respeito às possibilidades económicas. De um modo geral, os indivíduos das classes sociais mais baixas têm menor acesso à cultura e à educação e menores rendimentos *per capita*. Estes aspectos podem afectar o *compliance*. Em primeiro lugar, porque estes indivíduos podem não compreender os benefícios e o

regime de tratamento, a seriedade e limitações da doença, entre outros aspectos, o que se vai traduzir em menores taxas de adesão. Em segundo lugar, estes indivíduos podem não ter recursos económicos suficientes para cumprir o tratamento prescrito e este aspecto também reduz o *compliance*.

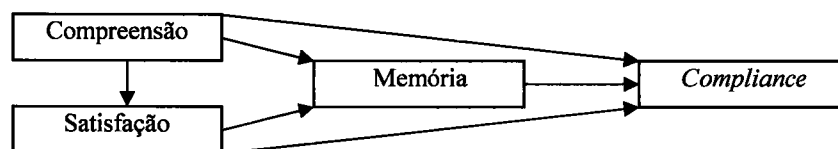
As estratégias de *coping* com a doença que se baseiam em “evitar”, estão associadas com a fraca adesão às recomendações médicas. Tal pode acontecer pelo facto dos indivíduos que lidam com a situação através da “fuga” ou “evitamento”, estarem menos atentos e responderem menos a acontecimentos ameaçadores, como os problemas de saúde. Do mesmo modo, as pessoas que estão deprimidas mostram menor adesão ao tratamento médico (Carney, Freedland, Eisen, Rich e Jaffe, 1995 cit. por Taylor, 2003).

Outro factor do paciente que influencia a adesão é a presença de *stressores* de vida. Pacientes não aderentes citam como causas para a sua não adesão a falta de tempo, a falta de dinheiro ou os problemas de distração em casa, como a instabilidade e o conflito (Davis, 1967 cit. por Taylor, 2003). Em contraste, pessoas que gostam das suas actividades de vida, estão mais motivadas para aderir aos tratamentos prescritos (Irvine, Baker et al., 1999 cit. por Taylor, 2003).

3.14.A Previsão do *Compliance* do Paciente

Ley (1981, 1989, cit. por Curtis, 2000 e Ogden, 1999), desenvolveu um modelo cognitivo de hipóteses do *compliance* do paciente que mostrou que o *compliance* pode ser previsto por uma combinação da **satisfação** do paciente com a consulta, **compreensão** da informação dada e **recordação** dessa informação.

Figura 3.1. – *Modelo de Compliance do Paciente* (Adaptado de Curtis, 2000).



3.14.1. A Satisfação do Paciente

Segundo Curtis (2000), o nível de satisfação do paciente depende de vários aspectos da consulta, em particular, dos aspectos afectivos (apoio emocional e compreensão), dos aspectos comportamentais (prescrição e explicações adequadas) e dos aspectos ligados à competência do profissional de saúde (diagnóstico apropriado e encaminhamento adequado para outros serviços).

Ley (1989, cit. por Curtis, 2000), descobriu que a satisfação do paciente é determinada pelo conteúdo da consulta. Segundo o mesmo autor, os pacientes são “pesquisadores de informação” (querem saber tanta informação quanto possível acerca da sua condição) em vez de “bloqueadores de informação”, mesmo que isso implique receber más notícias (Ley, 1989 cit. por Curtis, 2000).

Segundo Ley (1988, cit. por Johnson, Kincey, Fiddler, Creed e Tomenson, 2004), várias investigações sugerem que pacientes insatisfeitos com a consulta mostram menores níveis de aceitação da doença, menores níveis de *compliance* com as recomendações médicas, menor compreensão e memorização da informação, maiores níveis de ansiedade e reportam mais sintomas físicos dos efeitos secundários do tratamento.

3.14.2. A Compreensão do Paciente

Segundo Curtis (2000) e Ogden (1999), o *compliance* está grandemente relacionado com a capacidade do paciente para compreender não apenas a natureza da sua condição, mas também, o tratamento recomendado e os processos envolvidos nesse tratamento.

A adesão é mais elevada quando o paciente recebe explicações claras e livres de termos técnicos da etiologia, diagnóstico e tratamento recomendado (Taylor, 2003).

3.14.3. A Memória do Paciente

Os pacientes podem indicar uma boa satisfação com as suas consultas e boa compreensão das suas condições, mas podem não ser capazes de se lembrar dos conselhos médicos. Este factor poderá afectar os níveis de *compliance* (Curtis, 2000).

A adesão é aumentada por factores que promovem a boa aprendizagem: a adesão é superior se o paciente for incentivado a repetir as instruções, se as instruções são escritas, se as recomendações são discutidas e clarificadas e se as instruções são repetidas mais do que uma vez (DiMatteo e DiNicola, 1982 cit. por Taylor, 2003).

3.15. Como se Pode Melhorar a Adesão?

A adesão é considerada essencial para o bem-estar do doente, na medida em que, permite melhorar a sua qualidade de vida e, por vezes, permite a recuperação total da saúde.

Aumentar a adesão à terapêutica recomendada requer um processo dinâmico e contínuo. Investigações realizadas recentemente nas ciências do comportamento revelaram que a população de pacientes pode ser agrupada de acordo com a capacidade de seguir as recomendações médicas (OMS, 2003).

Segundo a OMS (2003), a não adesão pode ser o resultado da falta de ligação entre a capacidade do paciente para cumprir o tratamento e a capacidade do profissional de saúde para perceber este aspecto e arranjar meios de intervenção para aumentar a adesão. Os profissionais de saúde deveriam ser capazes de perceber a capacidade do paciente para aderir, providenciar conselhos de adesão e seguir os progressos do paciente nas consultas seguintes.

Os profissionais de saúde têm um impacto significativo na adesão dos seus pacientes, se explicarem o risco da não adesão e providenciarem intervenções para otimizar a adesão. Para fazer desta prática uma realidade, os profissionais de saúde devem ter acesso a formação específica na área da adesão. Tal formação necessita de assentar simultaneamente em três tópicos: conhecimento (informação sobre adesão), pensamento (o processo de decisão clínica) e acção (ferramentas comportamentais para os profissionais de saúde) (OMS, 2003).

Para efectivamente providenciar cuidados de saúde para doenças crónicas, é necessário que o paciente, a família e a comunidade o apoiem. O apoio social, isto é, o apoio formal ou informal recebido pelos pacientes de outros membros da sua comunidade, tem sido considerado como um importante factor que afecta a saúde e os comportamentos do paciente. Existem muitas evidências que fornecer apoio social

aos pacientes aumenta a adesão enquanto diminui o tempo que o profissional tem que despende com o doente crónico (OMS, 2003).

Uma vez que a não adesão aumenta muito quando se trata de alterar comportamentos ou hábitos de vida, torna-se necessário ensinar os médicos a comunicar efectivamente as alterações a esses comportamentos e aumentar a adesão a esses tratamentos (Roter et al., 1998 cit. por Taylor, 2003). As estratégias para reduzir a não adesão são variadas.

3.15.1. Intervenções da instituição de cuidados de saúde

Algumas intervenções ao nível institucional podem aumentar a adesão. Postais ou telefonemas aos pacientes a lembrar que devem ir a uma consulta pode reduzir o número de casos de não aparecimento (Friman et al., 1986 cit. por Taylor, 2003). A redução do tempo que um paciente deve esperar antes de receber os cuidados de saúde pode, também, diminuir o número de faltas às consultas (Mullen e Green, 1985 cit. por Taylor, 2003) e aumentar o *compliance*. Recorde-se que o longo tempo de espera por uma consulta pode levar o paciente a decidir não cumprir o tratamento prescrito.

O acompanhamento médico é, também, um aspecto importante para aumentar o *compliance*. O médico que assiste o doente pode aumentar os níveis de adesão se forem explicadas ao doente as vantagens do tratamento, os progressos conseguidos ao longo do tempo, as melhorias no estado de saúde, os sintomas que regrediram, entre outros aspectos. Este *feedback* dado ao paciente pode fazê-lo compreender as vantagens e benefícios do tratamento, aumentando a sua adesão.

3.15.2. Intervenções na apresentação do tratamento

A apresentação do regime de tratamento pode influenciar a adesão. As recomendações do tratamento devem ser escritas, sempre que possível, e o paciente deve ser testado na sua compreensão e memória. Dar a um paciente uma folha informativa que descreva o tratamento, a dosagem dos medicamentos e os possíveis efeitos secundários pode aumentar a adesão (Peck e King, 1982 cit. por Taylor, 2003). Ter em casa calendários com as tomas, embalagens especiais para os medicamentos desenhadas para recordar as tomas e locais com alarme onde se

guardam os medicamentos são conselhos úteis para diminuir o esquecimento e consequentemente, aumentar a adesão (Haynes, 1979 cit. por Taylor, 2003).

3.15.3. Treino de capacidades

A não adesão está relacionada com as capacidades de comunicação do profissional de saúde. Os profissionais de saúde sobrestimam o tempo que levam a comunicar e a dar conselhos aos pacientes. Um estudo demonstrou que, em média, numa consulta de vinte minutos, os médicos despendem cerca de um minuto a dar conselhos ou informações ao utente, mas quando inquiridos sobre o assunto, estimam esse tempo em oito a dez minutos (Waitzkin e Stoeckle, 1976 cit. por Taylor, 2003).

Ley (1989, cit. por Ogden, 1999), sugeriu que, um dos meios de melhorar a adesão, está ligado ao aperfeiçoamento do conteúdo da comunicação oral. No decorrer de uma consulta, o profissional de saúde deve ter em atenção os aspectos que seguidamente se apresentam:

- Efeito da primazia – os utentes têm tendência para recordar aquilo que lhes é dito em primeiro lugar.
- Explicitar a importância da adesão.
- Ser claro e simplificar as informações.
- Usar a repetição.
- Seguir a consulta com entrevistas adicionais (Ley, 1989, cit. por Ogden, 1999).

A autoridade pessoal do profissional de saúde pode, também, ser utilizada para aumentar a adesão. Os profissionais de saúde, em especial os médicos, são pessoas respeitadas pela maioria dos pacientes e o que eles dizem é, geralmente, aceite como válido. Assim, pode concluir-se que a informação acerca da doença e do tratamento tem elevada credibilidade (Taylor, 2003). O profissional de saúde encontra-se numa posição privilegiada dada a vulnerabilidade do paciente à doença. O profissional de saúde tem conhecimentos acerca do paciente, pelo que, pode ajudá-lo a decidir-se a aderir a um regime de tratamento médico, referindo as vantagens e desvalorizando os inconvenientes. Pode, também, ser importante demonstrar ao paciente as desvantagens da não adesão (Brown e Raven, 1994 cit. por Taylor, 2003).

A adesão parece aumentar quando o médico, no decorrer da consulta, inicia uma discussão sobre a adesão e permite ao doente que revele a sua não adesão (Fletcher, 1989; Hall, Roter e Katz, 1988 cit. por Farquharson, et al., 2004).

Encorajar os pacientes a expressar pontos de vista e preocupações está, também, associado com um aumento da adesão (Carter, Inui, Kukull e Haigh, 1982 e Stewart, 1984 cit. por Farquharson, et al., 2004).

3.16.O Modelo de Adesão e a Comunicação

O “modelo de adesão” sugere que a boa comunicação do profissional de saúde resulta num aumento do conhecimento do doente e da sua satisfação e, também, numa maior adesão ao regime de tratamento. Além disso, sugere que as crenças dos doentes são importantes para o *compliance* e destaca o *locus* de controlo do doente, o apoio social sentido e a percepção de rotura no estilo de vida como aspectos fundamentais para a adesão ao tratamento médico (Ogden, 1999).

Contudo, o “modelo de adesão” parte do princípio que as informações dadas pelo profissional de saúde se baseiam em conhecimentos objectivos e que não são influenciadas pelas suas crenças de saúde (Ogden, 1999).

Os doentes são considerados leigos que têm as suas crenças e perspectivas que necessitam de ser tomadas em conta pelos médicos e trabalhadas em termos da linguagem e do conteúdo da comunicação. Em contraste, os médicos são considerados peritos, objectivos e com opiniões profissionais (Ogden, 1999).

Uma mega-análise de pesquisa em comunicação revelou que conceder informação física e ter uma “conversa positiva” são aspectos relacionados de forma positiva com o *compliance*. O mesmo estudo revelou que perguntas físicas e uma “conversa negativa” são aspectos que estão relacionados de forma negativa com o *compliance* (Roter, 1989 cit. por Farquharson, et al., 2004).

Resumo

As situações de doença diferem umas das outras, não apenas nas suas causas, mas também, nas consequências que trazem para a vida do paciente e nas limitações e alterações que introduzem na vida dos indivíduos. Assim, dada a variedade de

problemas de saúde que se conhecem, os processos de tratamentos são, também eles variados e podem envolver uma combinação de vários aspectos.

Um tratamento prescrito para uma situação de doença, pode envolver não só a toma de medicação, como também, a alteração do estilo de vida do paciente (praticar exercício físico, não fumar, não beber bebidas alcoólicas, entre outros), a modificação dos hábitos alimentares (ter uma dieta cuidada, evitar comer comidas gordurosas e/ou salgadas, evitar comer doces, etc.), a procura regular dos cuidados de saúde, vacinar-se, entre outros aspectos.

Deste modo, o *compliance* refere-se ao cumprimento, por parte dos pacientes, dos conselhos médicos ou de saúde e envolve não só a toma da medicação nas vezes e horários recomendados pelo profissional de saúde, mas diz também respeito ao cumprimento dos conselhos relativos às mudanças no estilo de vida, na alimentação, na procura atempada dos cuidados de saúde, entre outros.

Apesar do *compliance* ser importante para a manutenção da saúde, visto que está relacionado com uma recuperação mais rápida dos pacientes, diminuição do tempo de hospitalização, melhorias na qualidade de vida, entre outros benefícios, muitos pacientes, alguns padecendo de doenças crónicas não cumprem ou não cumprem integralmente as prescrições médicas.

De acordo com Curtis (2000), o *compliance* pode ser previsto por uma combinação da satisfação do paciente com a consulta, compreensão da informação dada e recordação dessa informação.

De acordo com estes pressupostos, pode concluir-se que a comunicação que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente pode estar envolvida num maior ou menor grau de *compliance*. Vejamos, no capítulo seguinte, a importância da comunicação em saúde e os seus benefícios para o *compliance* dos pacientes e para os serviços de saúde.

CAPÍTULO IV

A COMUNICAÇÃO DE SAÚDE



4. A Comunicação de Saúde

Introdução

A comunicação médico – paciente é um aspecto muito importante no âmbito da Saúde. Em primeiro lugar porque, o médico é o único indivíduo que pode fornecer informação concreta acerca do estado de saúde do paciente, do processo de tratamento e das melhorias conseguidas em virtude deste. Em segundo lugar porque, o diagnóstico do profissional de saúde é feito com base na entrevista que o médico conduz com o seu paciente.

A comunicação entre o profissional de saúde e os seus pacientes nem sempre é fácil porque estes dois indivíduos apresentam, muitas vezes, discursos diferentes.

Uma vez que a comunicação profissional de saúde – paciente pode ter influência na percepção de gravidade da doença e no *compliance* dos indivíduos considerou-se fundamental a inclusão deste capítulo no contexto do presente trabalho.

4.1. A Comunicação de Saúde

Segundo Marks et al. (2000), a comunicação de saúde é qualquer forma de comunicação que contribua para a promoção da saúde.

Ratzan (1996, cit. por Marks et al., 2000, pág. 265), definiu comunicação de saúde da seguinte forma: “A comunicação de saúde está preocupada com o uso de meios éticos e persuasivos para elaborar e realizar campanhas e implementar estratégias que promovam boa saúde e previnam as doenças”.

Assim, o estudo da comunicação de saúde é relevante para a promoção da saúde pública. A promoção da saúde pode ser feita através de campanhas nos *media* bem como através de actividades de promoção de saúde, realizadas pelos profissionais de saúde (Marks et al., 2000). Estas actividades podem ter a forma de campanhas de recolha de sangue, de rastreios gratuitos, de sessões e palestras de esclarecimento ou de folhetos e cartazes informativos colocados nos estabelecimentos de saúde ou distribuídos no contexto das consultas médicas.

A comunicação de saúde tem como objectivo promover a saúde dos pacientes e prevenir o aparecimento de doenças. Para que estes objectivos sejam alcançados é

fundamental que este tipo de comunicação seja eficaz. É, no entanto, necessário referir que na comunicação de saúde estão envolvidos dois indivíduos, o profissional de saúde e o paciente e que estes dois indivíduos não partilham os mesmos conhecimentos nem o mesmo tipo de discurso.

4.2. A Importância da Comunicação Médico – Paciente

A relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente é muito importante, na medida em que, interfere com a prática médica. A compreensão dos doentes e a sua memória do que foi referido pelo médico é limitada. Em adição, ou possivelmente como consequência, cerca de um terço a um meio dos pacientes externos não cumpre os conselhos do médico. Finalmente, uma proporção significativa dos problemas dos pacientes permanece incógnita e não identificada (Maguire, 1984 cit. por Marks et al., 2000).

Segundo Curtis (2000), várias investigações sugerem que 60-80% dos diagnósticos médicos são feitos com base em informação proveniente apenas da entrevista médica, uma percentagem aproximada das decisões de tratamento são efectuadas do mesmo modo. De acordo com o mesmo autor, as investigações sugerem que os médicos e os pacientes nem sempre partilham a mesma opinião relativamente ao sucesso da consulta. Os médicos são muito optimistas acerca das consultas e do modo como o seu conselho é importante para o paciente (Curtis, 2000).

Muitos estudos têm demonstrado que o paciente compreende muito poucos dos termos complicados utilizados pelo médico. Estima-se que existam cerca de treze mil novas palavras ou termos que, se usados durante a consulta, podem frustrar o paciente (Curtis, 2000).

Aumentos na qualidade da comunicação médico - paciente podem originar benefícios para os pacientes e para os profissionais de saúde. Estes benefícios incluem elevada satisfação do paciente com os serviços de saúde, aumento da adesão aos regimes de tratamento, diminuição da ansiedade e *stress* sentidos pelos doentes, assim como, uma melhoria na saúde. O aumento da prevenção de doenças, a recuperação rápida de uma cirurgia e as estadias menos prolongadas no hospital

(Ley, 1988; Kaplan et al., 1989 cit. por Marks et al., 2000) são, também, benefícios de uma boa comunicação médico – paciente.

A maior parte dos estudos realizados sobre a comunicação médico – paciente centram-se, sobretudo, na **comunicação verbal**. No entanto, a comunicação não verbal pode ter grande importância na compreensão da doença, do diagnóstico e do tratamento (Curtis, 2000). A informação escrita pode, também, apresentar vantagens relativamente à informação verbal.

A **comunicação não verbal** inclui a utilização de expressões faciais adequadas, gestos, contacto com o olhar, que transmitem ao utente sensações diferentes das sentidas na comunicação verbal. A comunicação não verbal dá aos utentes a sensação de maior proximidade com o profissional de saúde e diminui os níveis de ansiedade sentidos durante o processo de consulta.

Um apoio importante da comunicação verbal, que pode constituir uma ajuda à retenção da informação e à adesão, é a oferta de **informação escrita**. Esta tem algumas vantagens sobre a comunicação verbal: pode ser consultada em qualquer altura e escrita num formato para maximizar a compreensão e o interesse (Bennett e Murphy, 1999).

De facto, a percentagem de pessoas que lêem a informação escrita é, geralmente, elevada quando ela é fornecida no contexto de uma consulta (Ley, 1988 cit. por Bennett e Murphy, 1999). Este resultado contrasta fortemente com a reduzida leitura dos folhetos que são deixados em locais públicos ou hospitais e outros serviços de saúde para as pessoas folhearem (Wicke e col., 1994 cit. por Bennett e Murphy, 1999).

A comunicação médico - paciente deve ser cuidada e individual, de modo a que o doente possa compreender as instruções do médico e memorizá-las para as cumprir integralmente, com benefícios para o seu estado de saúde.

A Organização Mundial de Saúde recomenda numa consulta médica:

- Durante a consulta dos pacientes, os médicos devem controlar o nível da linguagem. Em particular, os médicos devem utilizar a melhor maneira para explicar ao doente o diagnóstico, fornecendo informação sobre as possíveis causas da doença associada com sugestões para lidar com a situação e acompanhadas dos respectivos motivos (OMS, 1993, cit. por Curtis, 2000).

- Os médicos devem, também, controlar a utilização de palavras potencialmente ameaçadoras como “cancro” mesmo quando utilizadas no sentido

negativo, uma vez que, estas palavras podem levantar mais medos, especialmente se esse diagnóstico nunca fez parte da esfera do paciente (OMS, 1993, cit. por Curtis, 2000).

- Os médicos devem, também, controlar a certeza com a qual dão um conselho para que os seus pacientes não sejam induzidos por uma falsa certeza ou fiquem na dúvida devido às indecisões do médico (OMS, 1993, cit. por Curtis, 2000).

4.3. Comportamentos dos Profissionais de Saúde que Contribuem para uma Comunicação Saúde Imperfeita

São vários os comportamentos dos profissionais de saúde que contribuem para a existência de problemas na comunicação entre estes e os seus pacientes. Vejamos, então, quais são estes comportamentos e de que modo podem eles afectar esta comunicação.

4.3.1. Não Ouvir

Segundo Taylor (2003), um comportamento problemático do profissional de saúde é não ouvir. Num estudo das respostas iniciais do médico a uma visita de um paciente, Beckman e Frankel (1984, cit. por Taylor, 2003), estudaram setenta e quatro consultórios. Em apenas 23% dos casos, o paciente teve a oportunidade de terminar a explicação das suas preocupações antes do profissional de saúde começar o processo de diagnóstico. Em 69% das visitas, o médico interrompeu, direccionando o paciente para uma doença particular (Beckman e Frankel, 1984 cit. por Taylor, 2003). Em média, os médicos interrompem os seus pacientes depois destes terem falado durante apenas dezoito segundos (Taylor, 2003).

Este esforço de controlo da interacção por parte do profissional de saúde não só impede o paciente de discutir as suas preocupações como pode, também, levar a potenciais perdas importantes de informação (Taylor, 2003). Como já foi referido, a maior parte dos diagnósticos baseia-se na entrevista ao paciente, que é conduzida pelo médico. Se o médico interrompe o doente durante a exposição dos sintomas, preocupações, limitações e outros aspectos importantes da doença, pode não

conseguir reunir informação suficiente e de qualidade que lhe permita a realização de um diagnóstico adequado.

4.3.2. Usar Termos Técnicos

O uso de linguagem técnica é outro factor que contribui para uma comunicação com problemas. Vários estudos revelam que os pacientes compreendem poucos dos termos complexos que são usados pelos profissionais de saúde (Samora, Saunders e Larson, 1961 cit. por Taylor, 2003).

Segundo Taylor (2003), as explicações cheias de linguagem técnica podem ser usadas para impedir o paciente de fazer muitas perguntas ou de descobrir que o profissional de saúde não tem a certeza de qual é o problema do paciente.

O uso de linguagem técnica por parte dos profissionais de saúde pode, também, provir da sua formação. Muitas vezes, é difícil para os médicos recordar que os pacientes não partilham essa formação específica. Assim, o uso de linguagem técnica parece ser simplesmente um esquecimento. O uso de linguagem técnica pode ser uma incapacidade de perceber o que o paciente vai compreender e uma incapacidade para fornecer uma explicação não técnica (Taylor, 2003).

4.3.3. Utilizar Expressões Infantilizadas

Os profissionais de saúde podem subestimar o que os pacientes compreendem acerca da doença e dos tratamentos e utilizam expressões infantilizadas e explicações simples (Taylor, 2003). A utilização de expressões infantilizadas por parte dos profissionais de saúde pode fazer com que os pacientes se sintam como crianças sem esperança. Mais do que tudo, tal comportamento pode manipular as questões. Tendo recebido explicações inúteis, o paciente pode não saber como começar a pedir uma informação sólida (Taylor, 2003).

A verdade acerca do que os pacientes podem compreender assenta entre explicações extremamente técnicas e expressões infantilizadas (McKinlay, 1975; Waitzkin, 1985 cit. por Taylor, 2003).



4.3.4. Fornecer Tratamento Não Personalizado ao Paciente

A despersonalização do paciente é outro problema que diminui a qualidade da relação paciente - profissional de saúde (Kaufman, 1970 cit. por Taylor, 2003). Este tratamento não personalizado pode ser empregue intencionalmente para tentar manter o paciente quieto durante um exame, um processo ou um teste, mas pode também ser empregue sem intenção porque o paciente se tornou o centro da atenção do profissional de saúde (Taylor, 2003).

A despersonalização do paciente pode ter efeitos adversos. O pessoal médico, quando faz as rondas hospitalares, pode usar termos técnicos ou eufemismos quando discute os casos com os seus colegas. Infelizmente, esse comportamento pode confundir ou alarmar os pacientes não participantes mas fisicamente presentes (Jarvinen, 1955 cit. por Taylor, 2003).

A despersonalização dos pacientes providencia protecção emocional para o profissional de saúde (Taylor, 2003).

4.3.5. Fazer Estereótipos do Paciente

A comunicação pode ser especialmente dificultada quando os médicos encontram doenças ou pacientes que preferiam não tratar (Morgan, 1985; Schmelkin, Wachtel, Scheiderman e Hecht, 1988 cit. por Taylor, 2003). Estereótipos prejudicativos dos pacientes podem contribuir para problemas de comunicação e tratamento subsequente. A investigação mostra que os médicos dão menos informação, são menos apoiantes e demonstram menor performance profissional clínica com os pacientes negros e hispânicos de classe socioeconómica mais baixa (Bartlett et al., 1984; Epstein, Taylor e Seage, 1985; Hooper, Comstock, Goodwin e Goodwin, 1982; Ross et al., 1982; Waitzkin, 1985; Wasserman, Inui, Barriatua, Carter e Lippincott, 1984 cit. por Taylor, 2003).

Alguns médicos têm percepções negativas dos pacientes mais velhos (Ford e Sbordone, 1980; Najman, Klein e Munro, 1982 cit. por Taylor, 2003). Existem evidências que este grupo de indivíduos é menos provável de ser reanimado nas salas de emergência ou de lhes serem dados protocolos efectivos para o tratamento das doenças (Roth, 1977 cit. por Taylor, 2003).

O sexismo é outro dos problemas das práticas médicas. Os médicos e as pacientes não comunicam bem. Investigações sugerem que em comparação com os médicos, as médicas conduzem visitas mais longas, fazem mais perguntas, fazem mais comentários positivos e mostram maior apoio não verbal, como sorrir e fazer gestos com a cabeça (Hall, Irish, Roter, Ehrlich e Miller, 1994 cit. por Taylor, 2003). Os médicos dos dois géneros preferem os pacientes do sexo masculino (Hall et al., 1993 cit. por Taylor, 2003).

Os pacientes que demonstram falta de tratamento para doenças como a depressão, a ansiedade ou outras doenças psicológicas podem desencadear reacções negativas por parte dos médicos. Com este grupo de pacientes, a atenção dos médicos pode ser especialmente rápida e os problemas de comunicação podem ser especialmente agudos (Taylor, 2003). Os médicos preferem os doentes agudos aos doentes crónicos. As doenças crónicas colocam dúvidas e questões acerca do diagnóstico, facto que não acontece normalmente com as doenças agudas (Butler et al., 1978 cit. por Taylor, 2003).

4.4. Comportamentos dos Pacientes que Contribuem para uma Comunicação de Saúde Imperfeita

Passados alguns minutos de terem discutido a sua doença com um profissional de saúde, cerca de um terço dos pacientes não é capaz de repetir o diagnóstico e mais de metade não compreendeu alguns detalhes importantes acerca da doença ou do tratamento (Golden e Johnston, 1970 cit. por Taylor, 2003).

Enquanto que os pacientes insatisfeitos se queixam acerca das explicações incompletas e demasiado técnicas que recebem dos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde queixam-se que quando dão explicações claras e cuidadas aos pacientes, estas informações não são retidas (Taylor, 2003).

4.4.1. Características do Paciente

Os pacientes neuróticos geralmente apresentam uma imagem exagerada dos seus sintomas (Ellington e Wiebe, 1999 cit. por Taylor, 2003).

Outra característica do paciente que pode contribuir para dificuldades na comunicação é a ansiedade (Graugaard e Finset, 2000 cit. por Taylor, 2003). Quando as pessoas são ansiosas, a sua aprendizagem pode estar diminuída. A ansiedade torna difícil a concentração e o processamento da informação. Mesmo quando a informação é apreendida, os efeitos da distração da ansiedade tornam difícil a sua retenção (Graugaard e Finset, 2000 cit. por Taylor, 2003).

Conforme a pessoa avança na idade, a sua capacidade para apresentar as suas queixas e seguir os regimes de tratamento pode diminuir. Cerca de 40% dos pacientes com idade superior a cinquenta anos, tem dificuldade em compreender as prescrições médicas. Tempo e cuidado extra podem ser necessários para comunicar com estes pacientes (Taylor, 2003).

4.4.2. Conhecimento do Paciente

Outros factores que influenciam a capacidade do paciente para compreender e reter a informação acerca da sua condição incluem educação e experiência com as doenças. Alguns pacientes são incapazes de compreender informação simples acerca do seu caso (Davis, 1966 cit. por Taylor, 2003).

Os médicos pertencem, geralmente, a uma classe social média – alta e são geralmente de raça branca e do sexo masculino, enquanto que os seus pacientes pertencem, geralmente, a classes sociais mais baixas, raças diferentes e sexos diferentes. Consequentemente, os factores sociais, económicos, linguísticos, genéricos e culturais contribuem para problemas de comunicação (Waitzkin, 1985 cit. por Taylor, 2003).

Os pacientes que tiveram uma situação de doença anterior, que receberam uma explicação clara da doença e do tratamento, ou que sabem que a sua doença não é perigosa mostram menores distorções da informação. Pacientes para os quais a doença é nova e que têm pouca informação inicial acerca da mesma mostram uma maior distorção das suas explicações (DiMatteo e DiNicola, 1982 cit. por Taylor, 2003).

4.4.3. Atitudes do Paciente Face aos Sintomas

Os pacientes dão demasiada ênfase à dor e aos sintomas que interferem com as suas actividades. Mas os profissionais de saúde estão mais preocupados com o que está por detrás da doença – a sua gravidade e o tratamento. O paciente pode não compreender a ênfase do profissional de saúde relativamente a factores que considera ancestrais, pode prestar menor atenção quando informação vital é comunicada, ou pode acreditar que o profissional de saúde está a fazer um diagnóstico incorrecto (Korsch e Negrete, 1972 cit. por Taylor, 2003).

Os pacientes podem fornecer ao profissional de saúde falsas pistas acerca da sua história médica e das suas preocupações. Por vezes, os pacientes, sentem-se embaraçados acerca da sua história de saúde ou hábitos de saúde e, geralmente, não se reportam a aspectos importantes da informação (Smith, Adler e Tschann, 1999 cit. por Taylor, 2003).

Um grande número de pacientes, talvez dois terços (Reader, Pratt e Mudd, 1957 cit. por Taylor, 2003), referem queixas menores, mas na verdade, têm medo de padecer de uma doença séria, como cancro ou doença cardíaca. Particularmente entre pessoas mais velhas, ainda existe a crença de que quando os sintomas significam uma doença séria, os médicos não dizem ao paciente (Taylor, 2003).

Os pacientes podem, por vezes, ter medo de responder a questões porque pensam que não vão fornecer as respostas correctas e os profissionais de saúde podem erradamente assumir que, por não serem colocadas questões, o paciente não quer qualquer tipo de informação (Taylor, 2003).

4.5. Os Problemas de Comunicação em Saúde

Uma parte importante da insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com a insatisfação com o comportamento dos profissionais de saúde. Neste aspecto, a maior parte das críticas são colocadas em relação aos desempenhos comunicacionais dos profissionais de saúde. Ou seja, existe uma insatisfação em relação aos cuidados de saúde, que está especificamente relacionada com a comunicação (Teixeira, 2000).

Segundo Teixeira (2000), os problemas de comunicação que ocorrem nos serviços de saúde podem ser agrupados em quatro aspectos: na transmissão da

informação; nas atitudes em relação à comunicação; na comunicação afectiva; e na análise do pedido de consulta.

Em relação à **transmissão da informação**, esta é frequentemente referida como insuficiente, imprecisa ou mesmo ambígua. Outras vezes, a informação prestada é considerada como excessivamente técnica, particularmente quando são comunicados os resultados de certas análises clínicas, a natureza do diagnóstico, prognóstico e causas da doença. O tempo escasso dedicado à dimensão informativa da comunicação em saúde é uma queixa frequente (Teixeira, 2000).

Nas **atitudes em relação à comunicação** verifica-se que os profissionais de saúde não encorajam os utentes a fazer perguntas, o que pode resultar em dificuldades na obtenção de toda a informação pertinente relacionada com o motivo da consulta. Um desempenho mais activo por parte do paciente torna-o um receptor mais eficiente de informação e, ao mesmo tempo, aumenta a sua percepção de controlo, o que pode contribuir para diminuir a ansiedade (Teixeira, 2000).

Outro aspecto importante é o da atitude de evitamento por parte de certos profissionais de saúde em relação a dados sobre situações pessoais, familiares ou profissionais do utente que, muitas vezes, estão relacionadas com o pedido de ajuda, embora a queixa apresentada como motivo da consulta seja de natureza corporal. Isto pode, também, ser importante pelo facto da situação de doença do utente poder ter implicações sobre vários aspectos da sua vida pessoal (Teixeira, 2000).

Finalmente, o estilo autoritário usado pelos profissionais de saúde leva-os a fazerem muitas perguntas, questionarem e interromperem frequentemente os utentes, além de fazerem mais vezes perguntas fechadas do que abertas (Teixeira, 2000).

Na **comunicação afectiva** é possível falar do distanciamento, como atitude usada pelo profissional de saúde para não se confrontar com a ansiedade induzida pela situação adversa em que o utente se encontra, mas também, de desinteresse em relação às suas preocupações e expectativas, muitas vezes, pela centração excessiva nas dimensões biológicas ou por dificuldades em empatizar e em transmitir segurança emocional (Teixeira, 2000).

Finalmente, no que se refere à **análise do pedido de consulta** pode acontecer que ocorram dificuldades na identificação de pedidos relacionados com crises pessoais, dificuldades de adaptação a novas situações ou mesmo com psicopatologia significativa. Estas dificuldades de identificação podem relacionar-se com problemas

de comunicação, mas também, com a aceitação rápida e focalização exclusiva no primeiro problema de que o utente fala (Teixeira, 2000).

4.6. As Consequências dos Problemas de Comunicação para os Cuidados de Saúde

Uma comunicação de saúde com problemas pode estar na origem da falta de informação dos pacientes, da sua incompreensão acerca da doença ou do tratamento e pode impedir, ou de alguma forma dificultar, a participação dos doentes no processo de consulta (Teixeira, 2000). Estes problemas podem ter consequências, entre as quais se podem destacar:

- Graus mais elevados de **insatisfação dos utentes** em relação à qualidade dos cuidados de saúde, aos comportamentos dos profissionais de saúde e, também, aos tratamentos recomendados (Teixeira, 2000).
- **Possíveis erros de avaliação / diagnóstico**, em particular quando queixas físicas são apresentadas como motivo da consulta, mas a procura de cuidados está realmente relacionada com a disfunção psicológica. Este tipo de consequência pode ser evitada sempre que se utilizam perguntas abertas, se usam técnicas facilitadoras da comunicação e se procuram determinar as perspectivas do doente sobre o seu próprio problema (Teixeira, 2000).
- **Níveis mais baixos de adesão** às medidas protectoras da saúde, mudança de comportamentos, tratamentos medicamentosos, realização de exames e programas de auto - cuidados, em particular na doença crónica. Estes baixos níveis de adesão podem relacionar-se com a evolução mais desfavorável da doença e serem provocados pelo facto do utente não ter compreendido o que se pretendia, não recordar o que foi dito, considerar que é inútil pelas suas próprias crenças ou por estar insatisfeito em relação aos aspectos emocionais da relação com o profissional de saúde (Teixeira, 2000).
- Aparecimento de **dificuldades acrescidas na adaptação psicológica à doença**, relacionadas com o *stress* emocional associado ao problema comunicacional (Teixeira, 2000).

- Possibilidade de **influência nos comportamentos de procura de cuidados**, nomeadamente com procura de consultas noutros serviços de saúde ou mesmo procura de cuidados nas medicinas alternativas (Teixeira, 2000).

Todos estes problemas permitem afirmar que uma comunicação de boa qualidade é uma parte importante dos cuidados de saúde.

Os comportamentos de baixa adesão em saúde podem ser convenientemente prevenidos pela utilização de estratégias adequadas de comunicação. Na dimensão informativa da comunicação em saúde chama-se a atenção para a qualidade da informação, mas também para a adequação em relação ao estilo cognitivo, crenças de saúde e nível cultural do utente, ou seja, a informação deverá ser personalizada (Teixeira, 2000).

Resumo

A comunicação de saúde engloba qualquer tipo de comunicação que tenha como objectivo a promoção da saúde e a prevenção do aparecimento de situações de doença.

A comunicação em saúde reveste-se de grande importância na área da saúde por dois motivos. O primeiro refere-se ao diagnóstico das doenças, de facto, a maior parte dos diagnósticos são realizados com base na entrevista que o médico conduz com o seu paciente. Em segundo lugar, toda a informação obtida pelo paciente acerca do seu estado de saúde e do tratamento que deverá cumprir provém do profissional de saúde, no decorrer da consulta médica.

Uma comunicação de saúde com problemas pode dever-se tanto a factores relacionados com o profissional de saúde como com o paciente. Estes dois intervenientes no processo de consulta apresentam discursos diferentes e nível económico e cultural também ele diferente, não sendo, por isso, simples a comunicação entre estes dois indivíduos.

Uma comunicação de saúde de qualidade pode estar relacionada com níveis mais elevados de adesão às terapêuticas recomendadas pelos profissionais de saúde, maior satisfação dos pacientes com as consultas médicas, diminuição da ansiedade e *stress* sentidos no decorrer do processo de consulta e uma melhoria geral no estado de saúde.

CAPÍTULO V

O CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

5. O Contexto da Investigação

Introdução

O presente trabalho refere-se a um estudo quase experimental desenvolvido no âmbito de uma Tese de Mestrado em Ecologia Humana. Este estudo tem como objectivo, a comparação de grupos de indivíduos relativamente às variáveis em estudo.

O trabalho em questão não busca a representatividade da amostra inquirida por Local de Entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos), mas pretende perceber se existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos estudados (indivíduos antes da consulta, indivíduos depois da consulta, profissionais de saúde e indivíduos não doentes) ou nos locais de entrevista onde foram recolhidos os dados para o estudo.

5.1. A Temática do Estudo

O presente estudo tem como tema: “Percepção de gravidade da doença e Adesão ao tratamento médico (*Compliance*) em utentes aguardando consulta na sala de espera da consulta externa do Hospital, na sala de espera do Centro de Saúde e na sala de espera de Consultórios de Odontologia, na cidade de Faro”.

O estudo a que se refere o presente trabalho é um estudo quase experimental de campo, desenvolvido numa situação de vida real. Pretende-se, com esta investigação avaliar uma série de factores num *design* factorial. Assim, estuda-se, essencialmente o efeito das variáveis independentes *à priori* que seguidamente se apresentam:

- ♣ Local da Consulta (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro).
- ♣ Momento da Consulta (Utentes inquiridos antes da consulta com o profissional de saúde *versus* Utentes inquiridos depois da consulta).
- ♣ Estado de Saúde (Indivíduos doentes e inquiridos em situação de utilização de um dos estabelecimentos de saúde considerados no estudo e Indivíduos não doentes e inquiridos em locais públicos).

- ♣ Efeito do Conhecimento acerca da Doença (Utentes inquiridos antes da consulta com o profissional de saúde e Profissionais de saúde inquiridos depois da consulta com o paciente).

Estas variáveis independentes podem ter influencia sobre uma série de variáveis dependentes que são contempladas neste trabalho de investigação. Com o projecto apresentado pretende-se verificar qual o efeito das variáveis independentes *à priori*, acima referidas nas variáveis dependentes que se seguem:

- ♣ Percepção do estado de saúde ou de doença.
- ♣ Tipo de doença (aguda ou crónica).
- ♣ Motivos da regularidade ou falta dela nas consultas de odontologia.
- ♣ Causas da doença (as causas percebidas da situação de doença).
- ♣ Motivos da procura dos cuidados de saúde (os motivos que levaram o utente a procurar os cuidados de saúde).
- ♣ Percepção de curabilidade da doença.
- ♣ Percepção de controlabilidade da doença.
- ♣ Frequência com que aparece uma situação de doença como a do utente.
- ♣ Percepção de gravidade da doença.
- ♣ Responsabilidade pessoal pela doença.
- ♣ Consequências da situação da doença para si mesmo e para os indivíduos que estão mais próximos do paciente (familiares ou amigos).
- ♣ *Compliance* (o grau em que os comportamentos dos utentes coincide com os conselhos médicos ou de saúde).
- ♣ Satisfação dos utentes com o profissional de saúde e com o estabelecimento de saúde.
- ♣ Confiança no profissional de saúde.

Numa segunda fase do estudo foi analisado o efeito das variáveis independentes *à posteriori* (sexo, habilitações literárias e grupo de idade), sobre as variáveis dependentes (gravidade do problema de saúde, consequências da situação de doença para si mesmo e para as pessoas mais próximas, *compliance* com as recomendações médicas, satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas em geral).

As recolhas de dados foram realizadas através da aplicação de questionários em três estabelecimentos de saúde: Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia. Os questionários foram aplicados a indivíduos a aguardar consulta com o seu médico, aos médicos depois de consultarem os seus pacientes e a pacientes depois da consulta com o seu médico. Foram, ainda, aplicados questionários a indivíduos “não doentes”, indivíduos que não se encontravam em nenhum estabelecimento de saúde e que foram inquiridos em locais públicos como jardins, esplanadas de cafés e pastelarias ou na rua.

O objectivo do procedimento acima referido é perceber se as variáveis: percepção do estado de saúde ou de doença, tipo de doença, motivos da regularidade ou falta dela nas consultas de odontologia, causas da doença, motivos da procura dos cuidados de saúde, percepção de curabilidade da doença, controlabilidade, frequência com que aparece, gravidade da doença, responsabilidade pessoal pela doença, consequências da situação da doença, *compliance*, satisfação com o profissional de saúde e com o estabelecimento de saúde e confiança no profissional de saúde, apresentam diferenças estatisticamente significativas nos grupos estudados ou nos locais de entrevista onde foram recolhidos os dados para o estudo.

5.1.1. Delineamento do Estudo

O presente trabalho diz respeito a um estudo quase experimental de campo, em que as recolhas de dados decorreram em quatro locais consideravelmente diferentes. Considera-se o grupo de indivíduos “não doentes”, aquele que foi inquirido em locais públicos não relacionados com estabelecimentos de saúde como a rua, esplanadas de pastelarias ou cafés e jardins. Os três grupos de indivíduos “doentes” foram inquiridos num dos três estabelecimentos de saúde em estudo: Hospital, Centro de Saúde ou Clínicas de Odontologia. Em cada um destes estabelecimentos de saúde considera-se a existência de três grupos de indivíduos: utentes antes da consulta com o profissional de saúde; utentes depois da consulta com o profissional de saúde; e profissionais de saúde depois da consulta com os seus pacientes.

O estudo pretende verificar se existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis estudadas, respeitando sempre o grupo de indivíduos (indivíduos antes da consulta, indivíduos depois da consulta, profissionais de saúde e

indivíduos não doentes) e o local de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos).

Para responder aos objectivos acima apresentados dividiram-se os dados em duas bases de dados de acordo com o grupo de indivíduos, mas respeitando sempre o local de entrevista. A primeira base de dados diz respeito aos indivíduos antes e depois da consulta com o profissional de saúde e aos indivíduos “não doentes”. A segunda base de dados diz respeito aos indivíduos antes da consulta, aos profissionais de saúde (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro) e aos indivíduos “não doentes”. Esta divisão dos dados tem em vista a comparação dos indivíduos por local onde foram aplicados os questionários (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e, também, por grupo de indivíduos em cada um destes locais: utentes antes da consulta, utentes depois da consulta e profissionais de saúde.

Considerou-se importante a comparação dos indivíduos antes e depois da consulta com o profissional de saúde, visto que antes da consulta, os pacientes podem estar num estado de ansiedade e incerteza quanto ao seu problema de saúde. Depois da consulta com o profissional de saúde, o utente já teve conhecimento do diagnóstico e do processo de tratamento e, por isso, pode apresentar diferente percepção de gravidade do seu estado de saúde.

Além do que foi acima referido podem, também, existir diferenças na percepção de *compliance* antes e depois da consulta com o profissional de saúde. Provavelmente depois de conhecerem os seus problemas de saúde, os pacientes dizem-se mais aderentes à terapêutica recomendada, pelo facto do tratamento, oferecer um alívio dos sintomas e uma recuperação da saúde e do bem-estar.

Por outro lado, a comparação da opinião dos indivíduos antes da consulta com a opinião do profissional de saúde é importante porque a opinião profissional do médico e a opinião leiga do paciente podem ser diferentes. O conhecimento do profissional de saúde é superior ao conhecimento do utente, pelo que, a definição de gravidade do estado de saúde por parte do profissional de saúde pode ser diferente da percepção de gravidade definida pelo próprio utente. Deste modo, torna-se importante a aplicação dos questionários aos profissionais de saúde.

Além disso, é através do profissional de saúde que o utente tem conhecimento do seu estado de saúde e do tratamento que deve cumprir, por isso, é importante comparar o diagnóstico feito pelo profissional de saúde com as percepções do utente.

5.2. O Design de Investigação

O *design* de um trabalho experimental consiste no delineamento do estudo e, segundo Creswell (1994), inicia-se com a selecção de um tópico ou de um paradigma. A investigação levada a cabo tem como objectivo estudar a percepção de gravidade e a adesão ao tratamento médico de indivíduos utentes do Hospital Distrital de Faro, do Centro de Saúde de Faro e de Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro.

De acordo com Keppel (1991 cit. por Creswell, 1994), os estudos quantitativos experimentais incluem experiências verdadeiras com atribuição de sujeitos aleatórios para tratamento de condições. Nos trabalhos quase experimentais usam-se *designs* não aleatórios (Keppel, 1991 cit. por Creswell, 1994).

Para Hakim (2000), o objectivo de uma investigação experimental é estudar ligações causais: conhecer em que medida um factor X tem um impacto num outro factor Y, ou de que forma as variações numa variável produzem alterações noutra variável. Os procedimentos utilizados em *designs* quase experimentais incluem o uso combinado de vários *designs* de investigação (como *designs* transversais e longitudinais, estudo de casos e estudos qualitativos) assim como replicações múltiplas do mesmo *design* (Campbell e Stanley, 1963 e Cook e Campbell, 1979 cit. por Hakim, 2000).

O estudo a que se refere o presente trabalho é um estudo quase experimental de campo, com *design* ortogonal, que tenta verificar se as variáveis independentes *à priori* (local de consulta, momento da consulta, estado de saúde e efeito do conhecimento acerca da doença) tem um efeito nas variáveis dependentes consideradas no estudo (percepção de gravidade da doença, consequências da situação da doença, *compliance* e satisfação com o profissional de saúde e com os profissionais de saúde em geral).

O estudo a que se refere o presente trabalho é um estudo quase experimental pelo facto de se usar um *design* não aleatório. Os utentes dos estabelecimentos de saúde em estudo não tinham todos a mesma probabilidade de ser seleccionados pelo facto de apenas poderem ser seleccionados os indivíduos que tinham consulta marcada nos dias e horários em que decorreram as recolhas de dados. Para além

disso, o estudo não busca a representatividade, não sendo objectivo deste estudo a extrapolação dos resultados da amostra para a população.

A investigação diz respeito a acontecimentos da vida real porque os dados foram recolhidos através da aplicação de questionários a utentes que se deslocaram a um dos locais de entrevista envolvidos no estudo, por sua vontade, para consultarem um médico e não pelo facto da investigadora os ter induzido a tomar essa atitude ou a ter esse comportamento.

A investigação tem um *design* ortogonal porque se trata de um estudo transversal que representa a amostra inquirida num dado momento, o momento em que decorreram as recolhas de dados.

O *design* experimental do trabalho de investigação encontra-se expresso na tabela abaixo.

	Doentes		Profissionais de Saúde	Não Doentes
	Antes da Consulta	Depois da Consulta		
Hospital	30	30	30	-
Centro de Saúde	30	30	30	-
Clínicas de Odontologia	30	30	30	-
Espaços Públicos	-	-	-	63

Tabela 5.1. – *Design* experimental do trabalho de investigação, indicando o número de indivíduos inquirido por local de aplicação dos questionários.

5.3. A Questão de Partida

No decorrer da primeira fase do projecto de investigação foram elaboradas as questões de partida do estudo.

Visto que o estudo pretende analisar o efeito das variáveis independentes *à priori* sobre as variáveis dependentes, formularam-se as seguintes questões de partida:

- ♣ Será que o local da consulta (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro), modifica a percepção de gravidade da doença e a percepção de *compliance* dos utentes?

- ♣ Será que o momento da consulta (antes da consulta com o profissional de saúde e depois da consulta com o profissional de saúde) modifica a percepção de gravidade da doença e a percepção de *compliance* dos utentes?
- ♣ Será que a situação de “não doença” modifica a percepção de gravidade da doença e a percepção de *compliance* dos indivíduos?
- ♣ Será que o conhecimento acerca da situação de doença (antes da consulta com o profissional de saúde e profissional de saúde) modifica a percepção de gravidade da doença e a percepção de *compliance* dos indivíduos?

5.3.1. As Questões Orientadoras do Estudo

Consideram-se como questões orientadoras do estudo as que seguidamente se apresentam:

- ♣ Que factores afectam a percepção de gravidade da doença dos utentes do Hospital Distrital de Faro, do Centro de Saúde de Faro e das Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro?
- ♣ A percepção de gravidade da doença por parte dos utentes do Hospital, do Centro de Saúde e das Clínicas de Odontologia, será diferente antes e depois da consulta com o profissional de saúde?
- ♣ A percepção de gravidade da doença por parte dos utentes do Hospital, do Centro de Saúde e das Clínicas de Odontologia, será diferente da gravidade definida pelo profissional de saúde durante o diagnóstico?
- ♣ A percepção de gravidade da doença por parte dos utentes, será diferente no Hospital Distrital de Faro, no Centro de Saúde de Faro e nas Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro?
- ♣ A percepção das consequências da doença por parte dos utentes dos estabelecimentos de saúde em estudo será diferente da percepção dos indivíduos “não doentes”?
- ♣ Que factores afectam o *compliance* dos utentes do Hospital Distrital de Faro, do Centro de Saúde de Faro e das Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro?

- ♣ A intenção de adesão por parte dos utentes do Hospital, do Centro de Saúde e das Clínicas de Odontologia, será diferente antes e depois da consulta com o profissional de saúde?
- ♣ A intenção de adesão por parte dos utentes do Hospital, do Centro de Saúde e das Clínicas de Odontologia, será diferente da percepção de adesão por parte dos profissionais de saúde?
- ♣ A intenção de adesão por parte dos utentes, será diferente no Hospital Distrital de Faro, no Centro de Saúde de Faro e nas Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro?
- ♣ A intenção de adesão por parte dos utentes dos estabelecimentos de saúde em estudo será diferente da intenção de adesão por parte dos indivíduos “não doentes”?
- ♣ Terá a percepção de gravidade da doença influência sobre a intenção de adesão dos pacientes?
- ♣ Terá a confiança no profissional de saúde influência sobre a percepção de gravidade da doença por parte dos pacientes ou sobre a sua intenção de adesão?
- ♣ Terá a satisfação dos pacientes com a consulta médica influência sobre a percepção de gravidade da doença por parte dos pacientes ou sobre a sua intenção de adesão?
- ♣ Terá a avaliação dos estabelecimentos de saúde influência sobre a percepção de gravidade da doença por parte dos pacientes ou sobre a sua intenção de adesão?
- ♣ Terá a confiança no profissional de saúde influência sobre a satisfação dos pacientes com a consulta médica?
- ♣ Terá a avaliação dos estabelecimentos de saúde influência sobre a satisfação dos pacientes com a consulta médica?
- ♣ Terá a avaliação dos estabelecimentos de saúde influência sobre a confiança no profissional de saúde?

Resumo

O presente capítulo tem como objectivo dar a conhecer o contexto da investigação, descrevendo o tipo de estudo a que se refere o trabalho e dando uma perspectiva global do modo como se pretendem atingir os objectivos propostos para a presente investigação.

Assim, pode referir-se que se trata de um estudo quase experimental de campo, realizado numa situação de vida real onde se pretende avaliar uma série de factores num *design* factorial. Neste trabalho estuda-se, essencialmente, o efeito das variáveis independentes *à priori* (local da consulta, momento da consulta, estado de saúde e conhecimento relativamente à situação de doença), nas variáveis dependentes (percepção gravidade da doença, consequências da situação da doença, *compliance* e satisfação com o profissional de saúde e com os profissionais de saúde em geral).

À posteriori são avaliados os efeitos das variáveis independentes sexo, habilitações literárias e idade (classificada) nas variáveis dependentes encimadas.

A recolha dos dados para o estudo e a sua análise obedeceram a uma metodologia de investigação que se apresenta no capítulo que se segue (capítulo VI).

CAPÍTULO VI

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

6. Metodologia de Investigação

Introdução

A metodologia utilizada no presente trabalho de investigação corresponde à aplicação de questionários a indivíduos considerados “não doentes” (indivíduos que se encontravam em espaços públicos como a rua, esplanadas de pastelarias ou cafés e em jardins), e a indivíduos considerados “doentes” e em situação de utilização de um dos três estabelecimentos de saúde considerados no estudo (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro).

Em cada um dos estabelecimentos de saúde definiram-se três grupos de inquiridos: utentes antes da consulta com o profissional de saúde, utentes depois da consulta com o profissional de saúde e profissionais de saúde depois da consulta com o utente.

6.1. Método de Obtenção de Dados

O instrumento utilizado na recolha de dados para a presente investigação foi o **questionário**.

Um questionário é um instrumento de avaliação de conhecimentos ou de opiniões e atitudes. É constituído por um conjunto estruturado de itens ou questões que podem ser formuladas de forma aberta ou fechada, conforme se dê a possibilidade de responder livremente construindo a sua própria resposta ou se obrigue o sujeito a optar por um conjunto limitado de respostas que lhe são fornecidas (questionários de escolha forçada) (Lexicoteca Moderna Enciclopédia Universal, 1987, tomo XV).

Um questionário bem elaborado distingue-se pela validade (mede ou avalia realmente o que se propõe medir ou avaliar), pela sensibilidade (permite discriminar os sujeitos) e pela fidelidade (constância de resultados em aplicações sucessivas) (Lexicoteca Moderna Enciclopédia Universal, 1987, tomo XV).

6.1.1. O Questionário

Um inquérito por questionário consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os indivíduos (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Um questionário é um método de observação indirecto que segundo Quivy e Campenhoudt (1992) apresenta dois intermediários entre a informação procurada e a informação obtida: o sujeito a quem o investigador pede que responda às questões e o instrumento constituído pelas perguntas a colocar.

Um questionário tem como função produzir ou registar as informações requeridas pelas hipóteses e prescritas pelos indicadores (Quivy e Campenhoudt, 1992).

A escolha de um método de inquérito por questionário junto de uma amostra impede que as respostas individuais possam ser interpretadas isoladamente fora do contexto previsto pelos investigadores. Os dados recolhidos nestas condições só fazem sentido quando tratados de modo estritamente quantitativo, que consiste em comparar as categorias e em estudar as suas correlações (Quivy e Campenhoudt, 1992).

O inquérito por questionário presta-se bem a uma utilização pedagógica pelo carácter muito preciso e formal da sua construção e da sua aplicação prática (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), as principais vantagens do método de recolha de dados por questionário são a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder a numerosas análises de correlação e o facto da exigência de representatividade do conjunto dos entrevistados poder ser facilmente satisfeita através do método.

Contudo, o inquérito por questionário apresenta limitações e problemas que segundo Quivy e Campenhoudt (1992), são: o peso e o custo geralmente elevado do dispositivo; a superficialidade das respostas, que não permite a análise de certos processos, por conseguinte, os resultados apresentam-se, muitas vezes, como simples

descrições, desprovidas de elementos de compreensão penetrantes; a individualização dos entrevistados, que são considerados independentemente das suas redes de relações sociais; o carácter relativamente frágil da credibilidade do dispositivo (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Para que o método de recolha de dados através do inquérito por questionário seja digno de confiança devem ser preenchidas várias condições: rigor na escolha da amostra; formação clara e unívoca das perguntas; correspondência entre o universo de referência das perguntas e o universo de referência do entrevistado; a atmosfera de confiança no momento da administração do questionário; a honestidade e consciência profissional dos entrevistadores (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Analisadas as vantagens e os inconvenientes do uso do método de recolha de dados através de inquérito por questionário, considerou-se este método como o mais adequado à recolha dos dados para o estudo em questão. Tal escolha deve-se, primeiramente, aos objectivos do estudo que consistem em conhecer a opinião dos indivíduos face à gravidade da sua doença e o seu comportamento relativamente à adesão ou não adesão à terapêutica recomendada pelo profissional de saúde.

No presente estudo não se busca a representatividade da amostra, mas a comparação dos grupos de indivíduos (utentes antes da consulta, utentes depois da consulta, profissionais de saúde e indivíduos não doentes), respeitando sempre o local de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos) e a verificação da existência de um efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes em estudo.

6.1.2. Justificação do Design de Investigação

6.1.2.1.A Escolha da Cidade de Faro

A escolha da cidade de Faro prende-se com o facto da investigadora ser natural daquela cidade, o que necessariamente desperta um interesse acrescido pela realização do estudo neste local.

Não existem razões teóricas, nem outras suficientemente estudadas para considerar que existirão diferenças entre a cidade de Faro e outras cidades do país. Assim, dado o estado de conhecimento e o tipo de estudo, este tanto poderia ser realizado nesta cidade como noutra cidade qualquer do país.

Considera-se, no entanto, que o estudo poderia eventualmente ser alargado a outras cidades de forma a que se pudessem comparar os resultados e verificar possíveis pontos em comum e/ou divergências resultantes das diferenças registadas na população das várias regiões do país.

Talvez fosse interessante verificar as diferenças registadas entre os utentes que vivem em zonas urbanas e os utentes que vivem em zonas rurais, para estabelecer comparações nestes dois grupos de indivíduos com conhecimentos, acesso à informação e experiências de vida diferentes.

6.1.2.2.A Escolha dos Estabelecimentos de Saúde

A investigação quase experimental levada a cabo no âmbito da presente tese de mestrado decorreu em três estabelecimentos de saúde: Hospital Distrital de Faro; Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da cidade de Faro.

Os três estabelecimentos de saúde onde decorreram as recolhas de dados para o estudo em questão são estabelecimentos de saúde consideravelmente diferentes e com características, funções e utentes diferenciados.

Um **Hospital** é um estabelecimento de saúde com serviços diferenciados, constituído por meios tecnológicos e humanos, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e de terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica, com vista a resolver problemas de saúde (Araújo et al., 1998; Instituto Nacional de Estatística, 1998).

O hospital é um estabelecimento de saúde procurado pelos utentes para uma consulta de especialidade ou, em alternativa, durante uma doença aguda ou durante uma fase aguda de uma doença crónica. O Hospital Distrital de Faro é um estabelecimento de saúde público e, por este motivo, procurado por indivíduos com poder económico mais baixo. Os utentes que utilizam este estabelecimento de saúde são indivíduos que estão ou estiveram doentes, que procuram cuidados de saúde, que estão a cumprir tratamentos médicos ou que estão a ser acompanhados por um médico. De um modo geral, os pacientes são encaminhados para a consulta externa do hospital pelo médico de família ou pelo médico que assistiu o doente na Urgência hospitalar. A escolha do Hospital Distrital de Faro deve-se a muitos factores, entre

eles, está o facto dos utentes se encontrarem numa situação de espera por uma consulta de especialidade de cirurgia e, também, o facto dos pacientes, muitas vezes, terem a percepção de que o Hospital é um estabelecimento de saúde onde são tratados os casos com maior gravidade.

Um **Centro de Saúde** é um estabelecimento público de saúde, integrado, polivalente e dinâmico, prestador de cuidados de saúde primários, que visa a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se a sua acção ao indivíduo, à família ou à comunidade. Pode ser dotado de internamento (Instituto Nacional de Estatística, 1998).

Os questionários foram aplicados na sala de espera do Centro de Saúde e, a maior parte dos utentes, aguardava por uma consulta de clínica geral, visto que, neste estabelecimento de saúde, os utentes são acompanhados por um médico de família.

A escolha deste estabelecimento de saúde esteve relacionada com vários factores, entre os quais se podem destacar, o facto dos utentes do Centro de Saúde serem pessoas mais velhas e que, não raramente, sofrem de doenças crónicas que necessitam de acompanhamento médico periódico. Estes utentes consultam frequentemente o seu médico para a realização de exames, para pedir medicamentos ou para mostrar os exames realizados. Para além disso, estes utentes são acompanhados pelo mesmo médico há já alguns anos e, por este motivo, o médico pode fornecer informações importantes sobre o estado de saúde e comportamento de adesão ou não adesão do utente.

Uma **Clínica de Odontologia** é um estabelecimento de saúde com serviço na área da saúde oral, tendo em vista o estudo dos dentes, da sua higiene, das suas afecções e da respectiva terapêutica (Lexicoteca Moderna Enciclopédia Universal, 1987, tomo XIV).

O serviço de odontologia não se encontra disponível no SNS, embora seja um direito dos portugueses que está consagrado na Constituição. Apenas em Julho do ano de 2004 foi aprovada, em Assembleia da República, a integração da medicina dentária no sistema do SNS até 2010 (Músico, 2004).

As clínicas de odontologia onde foram recolhidos os dados para o estudo em questão são clínicas privadas, já que este tipo de especialidade não está disponível no Serviço Nacional de Saúde. Este foi um dos motivos que determinou a escolha deste estabelecimento de saúde para o estudo em questão. Além disso, a odontologia é uma

especialidade médica um pouco dispendiosa e à qual têm acesso pessoas de classe socioeconómica mais elevada.

Outro motivo que foi, também, importante na escolha dos consultórios de odontologia para a realização do estudo, foi o facto desta especialidade despertar muito receio nos indivíduos e ser, muitas vezes, alvo de percepções erróneas e confusas.

Para além dos factores acima apresentados, teve ainda relevância na escolha deste estabelecimento de saúde, a necessidade de se verificar se os utentes dos serviços privados são mais ou menos aderentes à terapêutica recomendada pelo profissional de saúde.

6.2. As Etapas da Investigação

6.2.1. Fases do Projecto de Investigação

No decorrer da primeira fase do projecto de investigação foram elaboradas as questões de partida já anteriormente apresentadas (ver ponto 5.3. do capítulo V).

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), é através da questão de partida que o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor. De acordo com os mesmos autores, as hipóteses de trabalho que constituem os eixos centrais de uma investigação apresentam-se como preposições que respondem à questão de partida.

Depois de se construir a questão de partida deve-se atingir uma certa qualidade de informação acerca do objecto estudado e encontrar as melhores formas de o abordar. Tal é conseguido através do trabalho exploratório que é composto por duas partes: trabalho de leitura e entrevista ou outros métodos exploratórios adequados (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Durante a segunda fase do projecto de investigação procedeu-se a um levantamento exaustivo da principal literatura publicada sobre o tema em análise. A revisão bibliográfica permitiu a definição dos principais conceitos a abordar no contexto da investigação e a reunião dos factores que podem influenciar as variáveis que se pretendem estudar com este projecto: percepção de gravidade do estado de saúde, consequências da situação de doença para si e para os outros, *compliance* e

satisfação com o profissional de saúde e com os estabelecimentos de saúde. A pesquisa bibliográfica permitiu reunir os conhecimentos e estudos relativos ao tema do trabalho e permitiu organizar o modo como se deveriam abordar os conteúdos pertinentes para a investigação e enquadrar o contributo desta investigação do ponto de vista científico.

Na terceira fase foram realizadas entrevistas exploratórias e observações de campo. As entrevistas exploratórias foram realizadas com o orientador científico deste projecto, com médicos odontologistas da cidade de Faro e com médicos de clínica geral trabalhadores em Faro. Também se realizaram entrevistas exploratórias com utentes do Hospital Distrital de Faro, do Centro de Saúde de Faro e de Clínicas de Odontologia. As observações de campo foram realizadas nos locais onde se pretendiam efectuar as recolhas de dados, com o objectivo de verificar as características dos utentes destes estabelecimentos de saúde e a utilização que fazem destes espaços.

Na quarta fase do projecto de investigação foi definida a problemática, iniciando-se esta com a realização do enquadramento teórico do problema a analisar. Assim, foram apresentados os conhecimentos resultantes de outros estudos realizados sobre o tema em questão. Nesta fase foi, também, definido o objecto da investigação e o modo como esse objecto deveria ser abordado.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), a problemática é a abordagem ou a perspectiva teórica que decidimos adoptar para tratar o problema posto pela pergunta de partida. De acordo com os mesmos autores, a problemática é a parte teórica que, na investigação, precede e justifica o modelo de análise e as hipóteses que serão testadas pelos factos.

O modelo de análise é o prolongamento natural da problemática, articulando de forma operacional os marcos e as pistas que serão finalmente retidos para orientar o trabalho de observação e de análise. É composto por conceitos e hipóteses estritamente articulados entre si para, em conjunto, formarem um quadro de análise coerente (Quivy e Campenhoudt, 1992).

O objectivo da fase de construção de um modelo de análise é traduzir as perspectivas e ideias novas do investigador numa linguagem e em formas que as habilitem a conduzir o trabalho sistemático, de recolha e análise de dados de observação e experimentação, que deve seguir-se (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Na quinta fase do trabalho foram construídos os conceitos, ou seja, foram definidos os termos mais relevantes para o trabalho e foram precisados os indicadores das dimensões que constituem estes conceitos.

Na sexta fase do projecto de investigação, foram definidas as hipóteses de trabalho. Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), a organização de uma investigação em torno das hipóteses de trabalho constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor, sem por isso sacrificar o espírito da descoberta e da curiosidade.

Na fase seguinte do presente trabalho foi realizada a observação. Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), a observação engloba o conjunto de operações através das quais o modelo de análise (constituído por hipóteses e por conceitos) é submetido ao teste dos factos e confrontado com dados observáveis.

Após terem sido definidos os conceitos e as hipóteses de trabalho foi cuidadosamente elaborado o questionário a aplicar aos indivíduos nos diferentes contextos considerados na investigação e que produzisse todas as investigações adequadas e necessárias para testar as hipóteses. Esta primeira versão do questionário foi sujeita a um pré-teste para se verificarem os pontos positivos e negativos do mesmo. Com base na análise dos resultados do pré-teste procedeu-se à reformulação do questionário e preparação da versão a aplicar aos inquiridos.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), o pré-teste serve para detectar as questões deficientes, os esquecimentos, as ambiguidades e todos os problemas que as respostas levantam.

Depois da reformulação dos questionários, em consequência do pré-teste realizado procedeu-se à recolha concreta das informações junto dos indivíduos que constituem a amostra. Procedeu-se, então à aplicação dos questionários nos quatro locais de entrevista: Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos.

A oitava fase do projecto de investigação correspondeu à análise das informações recolhidas através do questionário, utilizando para tal os testes estatísticos considerados mais apropriados. De acordo com Quivy e Campenhoudt (1992), o primeiro objectivo da análise de informações é a verificação empírica e o segundo objectivo desta fase do trabalho de investigação é interpretar os resultados inesperados e rever ou afinar as hipóteses para que, nas conclusões, o investigador esteja em condições de sugerir aperfeiçoamentos do seu modelo de análise ou de propor pistas de reflexão de uma investigação para o futuro.

A análise das informações é a etapa que trata a informação obtida através da observação, para a apresentar de forma a poder comparar os resultados observados com os esperados a partir das hipóteses de trabalho (Quivy e Campenhoudt, 1992).

A última fase do projecto de investigação, correspondeu à conclusão onde se recapitulou o procedimento e se apresentaram os resultados, pondo em evidência os novos conhecimentos e as consequências práticas da investigação.

6.2.2. O Questionário

Como já foi anteriormente referido, os dados utilizados na realização do presente trabalho de investigação foram recolhidos através da aplicação de questionários a utentes de três estabelecimentos de saúde: Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e, através da aplicação de questionários a indivíduos considerados “não doentes” pelo facto de se encontrarem em locais não relacionados com o Serviço Nacional de Saúde.

6.2.2.1.Objectivos

Pretende-se, com a presente investigação atingir os **objectivos** que se seguem:

- ♣ Avaliar a percepção de gravidade da doença em utentes aguardando consulta na sala de espera da consulta externa do Hospital, na sala de espera do Centro de Saúde e na sala de espera de Consultórios de Odontologia na cidade de Faro.
- ♣ Comparar a percepção de gravidade da doença por parte do utente antes e depois da consulta.
- ♣ Comparar a percepção de gravidade da doença dos utentes com a gravidade “real” definida pelo profissional de saúde.
- ♣ Avaliar a intenção de adesão dos utentes ao tratamento prescrito pelo profissional de saúde.
- ♣ Comparar a intenção de adesão dos utentes antes e depois da consulta.
- ♣ Comparar a intenção de adesão dos utentes com a percepção de adesão por parte do profissional de saúde.
- ♣ Verificar que factores têm influência na percepção de gravidade da doença.
- ♣ Verificar que factores têm influência na adesão ao tratamento prescrito.

- ♣ Verificar em que medida a percepção de gravidade da doença influencia a adesão dos utentes ao tratamento médico.

6.2.2.2.As Hipóteses de Trabalho

Uma hipótese é uma proposição que prevê uma relação entre dois termos, que, segundo os casos, podem ser conceitos ou fenómenos. Uma hipótese é, portanto, uma proposição provisória, uma pressuposição que deve ser verificada (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Raramente é suficiente uma única hipótese para responder à pergunta de partida. A hipótese é, frequentemente, apenas uma resposta parcial ao problema posto. Daí a utilidade de conjugar vários conceitos e hipóteses para cobrir os diversos aspectos do problema. Este conjunto de conceitos e hipóteses logicamente articulados entre si constitui, portanto, o modelo de análise (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), uma hipótese pode ser testada quando existe uma possibilidade de decidir, a partir da análise de dados, em que medida é verdadeira ou falsa. Porém, ainda que o investigador conclua pela confirmação da sua hipótese, depois de um trabalho empírico conduzido com cuidado, precaução e boa fé, a sua hipótese não pode, ainda assim, ser considerada como absoluta e definitivamente verdadeira.

Para poder ser objecto de verificação empírica, uma hipótese deve ser refutável. Isto significa, em primeiro lugar, que ela deve ser testada indefinidamente e ter, portanto, um carácter de generalidade; em segundo lugar, deve admitir enunciados contrários que sejam teoricamente susceptíveis de verificação (Quivy e Campenhoudt, 1992).

6.2.2.2.1. Delineamento das Hipóteses de Trabalho

O presente estudo pretende verificar se existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis dependentes (percepção do tipo de doença, causas da situação da doença, curabilidade da doença, controlabilidade, frequência com que aparece, gravidade da doença, responsabilidade pessoal pela doença, consequências da situação da doença, motivos da consulta médica, *compliance*, confiança no profissional de saúde, avaliação do estabelecimento de saúde e satisfação com o

profissional de saúde) de acordo com as variáveis independentes (local da consulta, momento da consulta, estado de saúde e conhecimento acerca da doença).

Pretende-se, também, verificar se as variáveis independentes acima referidas têm um efeito significativo das variáveis dependentes consideradas no estudo.

As variáveis em estudo podem apresentar diferenças estatisticamente significativas nos indivíduos antes e depois da consulta com o profissional de saúde. Estas diferenças poderão advir do facto dos indivíduos antes da consulta possuírem menos informação acerca do seu estado de saúde (o que pode aumentar a percepção de gravidade da doença) e se encontrarem num estado de ansiedade e incerteza quanto ao problema que os levou a procurar os cuidados de saúde. Além disso, o local onde os indivíduos foram inquiridos (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) pode, também, influenciar as variáveis em estudo porque a experiência vivida por estas pessoas é diferente, assim como, também é diferente o modo como o local afecta as experiências dos indivíduos.

Podem, ainda, existir discrepâncias estatisticamente significativas, no que diz respeito à opinião dos pacientes e à opinião dos profissionais de saúde em relação às variáveis em estudo.

Para além dos aspectos acima referidos pretende-se verificar a existência de relação entre as variáveis que se seguem: percepção de gravidade da doença; adesão à terapêutica recomendada; confiança no profissional de saúde; satisfação com a consulta médica; tipo de estabelecimento de saúde que utiliza com maior frequência e avaliação do estabelecimento de saúde que frequenta.

Considera-se que a hipótese nula, em qualquer teste estatístico realizado, corresponde à existência de diferenças estatisticamente significativas ou à existência de efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes. A não existência de diferenças ou de efeito nas variáveis permite rejeitar a hipótese nula.

6.2.2.3.A Construção do Questionário

Os questionários utilizados na recolha dos dados para o estudo em questão foram elaborados tendo em conta os objectivos do estudo e os conceitos teóricos abordados na parte I do trabalho. Os questionários elaborados reflectem, também, o local onde foram aplicados e as características dos indivíduos inquiridos. Assim, foram elaborados sete questionários, muito semelhantes entre si, com perguntas em

comum e que apresentam pequenas variações que se consideraram fundamentais para adequá-los ao local onde foram aplicados e aos indivíduos a quem se dirigiram.

Os questionários apresentam semelhanças, para que, obviamente, seja possível o cruzamento dos dados. Os questionários que apresentam maiores diferenças relativamente aos restantes são os questionários aplicados nas Clínicas de Odontologia, porque nestes estabelecimentos de saúde as consultas médicas correspondem a especialidades, os profissionais de saúde apresentam uma formação académica específica e os procedimentos e tratamentos são significativamente diferentes dos realizados nos outros estabelecimentos de saúde.

Os instrumentos de recolha de dados podem ser consultados em anexo (ver anexo I).

No decorrer da elaboração do questionário foi necessário, várias vezes, reconsiderar a extensão do mesmo, pelo facto deste ter um contexto particular de aplicação. Por um lado, havia o problema da espera do profissional de saúde pelo seu doente o que, no caso do questionário ser muito longo, agravaria o problema das não respostas. Por outro lado, existia o problema do profissional de saúde ser uma pessoa muito ocupada e para quem não é conveniente despende muito tempo na resposta a um questionário. Em último lugar, o facto dos pacientes responderem a um questionário depois da consulta e depois de terem passado por um período de espera que pode ser bastante longo, limita a dimensão do questionário pelo tempo que os utentes estão dispostos a despende com as respostas.

Os problemas acima mencionados foram verificados durante o pré-teste ao questionário, o que fez com que se ajustasse a extensão do questionário ao tempo que os indivíduos respondentes estariam dispostos a despende de modo a minimizar os efeitos das não respostas e maximizar a veracidade das informações fornecidas pelos inquiridos.

6.2.2.3.1. Organização do Questionário

Como se pode constatar em anexo, o processo de concepção dos questionários originou sete documentos organizados em partes distintas. Cada um dos questionários foi desenvolvido tendo em consideração o local onde seria aplicado e o inquirido a quem se dirigia.

O questionário elaborado com o objectivo de aplicar a indivíduos **não doentes** está de acordo com os seguintes itens:

- ♣ Estado de doença ou estado de saúde.
- ♣ Probabilidade de contrair uma doença.
- ♣ Consequências de uma situação de doença.
- ♣ *Compliance*
- ♣ Estabelecimentos de saúde e profissionais de saúde.
- ♣ Dados individuais.

O primeiro item do questionário “estado de doença ou estado de saúde” pretende verificar se os indivíduos se encontram numa situação de saúde ou de doença e há quanto tempo não estão doentes, se for esse o caso.

O segundo item do questionário diz respeito à “probabilidade de contrair uma doença” e têm como objectivo verificar qual é a percepção de risco que os indivíduos não doentes possuem relativamente à sua saúde.

O item seguinte, “consequências de uma situação de doença”, serve para determinar a percepção das consequências que uma situação de doença poderia ter para o indivíduo e para as pessoas mais próximas dele.

O quarto item diz respeito ao “*compliance*” e pretende a recolha de informação acerca dos comportamentos adoptados pelos indivíduos quando o profissional de saúde lhes prescreve um tratamento.

O item que se segue no questionário, diz respeito aos “estabelecimentos de saúde e profissionais de saúde” e tem como objectivo a recolha de informação relativa à confiança dos indivíduos no profissional de saúde e grau de satisfação com as consultas médicas que frequentam. Neste item são, ainda, recolhidos dados referentes à avaliação dos estabelecimentos de saúde e aos comportamentos dos profissionais de saúde em geral.

O último item do questionário, “dados individuais”, serve para recolher os dados demográficos dos inquiridos. São recolhidas informações relativas à idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e residência dos inquiridos.

Os questionários elaborados para aplicar aos doentes antes e depois da consulta no **Hospital Distrital de Faro** e no **Centro de Saúde de Faro** apresentavam pequenas diferenças. Contudo, podem ser considerados em conjunto, na medida em que, foram elaborados de acordo com os itens que se seguem:

- ♣ Estado de doença ou estado de saúde.
- ♣ Características da doença.
- ♣ Motivos da consulta.
- ♣ Consequências de uma situação de doença.
- ♣ *Compliance*
- ♣ Estabelecimentos de saúde e profissionais de saúde.
- ♣ Dados individuais.

O primeiro item do questionário “estado de doença ou estado de saúde” serve para verificar se os indivíduos se encontram numa situação de saúde ou de doença e há quanto tempo não estão doentes, se for esse o caso. A resposta a este item condiciona a resposta a outros itens do questionário. Assim, se o indivíduo responder que não está doente o item seguinte “características da doença” deixa de fazer sentido e, neste caso, é pedido ao utente que responda ao item “motivos da consulta”.

O segundo item do questionário diz respeito às “características da doença” e serve para verificar há quanto tempo os indivíduos estão doentes, quantas vezes já tiveram esse problema de saúde, as causas da doença e as percepções de curabilidade, controlabilidade, frequência, gravidade da doença e responsabilidade pessoal pela mesma. Estes aspectos constituem os factores que permitem reconhecer a percepção que os indivíduos têm da seriedade da doença. Este item não se aplica a indivíduos que afirmam não estar doentes.

O item seguinte “motivos da consulta” pretende conhecer os motivos que levaram o paciente a procurar os cuidados de saúde. Este item faz sentido nos casos em que as pessoas estão doentes e nos casos em que não estão doentes.

O quarto item, “consequências de uma situação de doença”, tem como objectivo determinar a percepção das consequências de uma situação de doença para o utente e para os outros (os indivíduos mais próximos, como amigos ou familiares).

O quinto item diz respeito ao “*compliance*” e pretende a recolha de dados relativos aos comportamentos adoptados pelos utentes quando o profissional de saúde lhes prescreve um tratamento.

O item que se segue no questionário, diz respeito aos “estabelecimentos de saúde e profissionais de saúde” e serve para recolher informação relativa à confiança dos indivíduos no profissional de saúde e grau de satisfação com a consulta médica.

Neste item são, ainda, recolhidos dados referentes à avaliação dos estabelecimentos de saúde e comportamentos dos outros profissionais de saúde.

O último item do questionário, “dados individuais”, serve para recolher os dados demográficos dos pacientes. São recolhidas informações relativas à idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e residência dos inquiridos.

Os questionários elaborados para aplicar aos **profissionais de saúde** depois da consulta com o seu paciente no **Hospital Distrital de Faro** e no **Centro de Saúde de Faro** foram elaborados de acordo com os itens que se seguem:

- ♣ Estado de doença ou estado de saúde.
- ♣ Características da doença.
- ♣ Motivos da consulta.
- ♣ *Compliance*
- ♣ Aspectos relevantes das consultas médicas.
- ♣ Dados individuais.

Os quatro primeiros itens do questionário, “estado de doença ou estado de saúde”, “características da doença”, “motivos da consulta” e “*compliance*” tinham como objectivo a recolha de informação nos moldes anteriormente referidos para os utentes, pelo que não se considera relevante repetir essa informação. Todas as informações pedidas nestes itens estavam relacionadas com os utentes.

Em relação ao quinto item do questionário, “aspectos relevantes das consultas médicas” teve como objectivo a recolha de dados relativos à opinião do profissional de saúde acerca de aspectos gerais das consultas médicas.

O último item do questionário, “dados individuais”, tem como objectivo a recolha dos dados demográficos dos profissionais de saúde. São recolhidas informações relativas à idade, sexo e estado civil dos profissionais de saúde envolvidos no estudo.

Os questionários elaborados para aplicar aos **doentes antes e depois** da consulta nas **Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro** apresentavam pequenas diferenças. Contudo, podem ser considerados em conjunto, na medida em que foram elaborados de acordo com os itens que se seguem:

- ♣ Regularidade da consulta de odontologia.
- ♣ Motivos da consulta.
- ♣ Características do problema de saúde.

- ♣ *Compliance*

- ♣ Estabelecimentos de saúde e profissionais de saúde.
- ♣ Dados individuais.

O primeiro item do questionário “regularidade da consulta de odontologia” serve para verificar se os indivíduos consideram que consultam o seu médico dentista com a regularidade necessária, quantas vezes o fazem por ano e por que motivos não visitam o seu dentista com maior regularidade.

O item seguinte “motivos da consulta” pretende conhecer quais os motivos que levaram o paciente a procurar os cuidados de odontologia.

O terceiro item, “características do problema de saúde”, tem como objectivo determinar as percepções individuais de curabilidade, controlabilidade, frequência, gravidade do problema de saúde e responsabilidade pela saúde oral. Estes aspectos constituem os factores que permitem reconhecer a percepção que os indivíduos têm da gravidade do problema que os afecta.

O quarto item diz respeito ao “*compliance*” e pretende a recolha de dados relativos aos comportamentos adoptados pelos indivíduos quando o médico dentista lhes prescreve um tratamento e quando outros profissionais de saúde o fazem.

O item que se segue no questionário, diz respeito aos “estabelecimentos de saúde e profissionais de saúde” e serve para recolher informação relativa à confiança dos indivíduos no profissional de saúde e grau de satisfação com a consulta de odontologia. Neste item são, ainda, recolhidos dados relativos à avaliação dos estabelecimentos de saúde e comportamentos dos profissionais de saúde em geral.

O último item do questionário, “dados individuais”, serve para recolher os dados demográficos dos pacientes. São recolhidas informações relativas à idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e residência dos inquiridos.

Os questionários elaborados para aplicar aos **médicos dentistas** depois da consulta com o seu paciente nas **Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro** foram elaborados de acordo com os itens que se seguem:

- ♣ Regularidade da consulta de odontologia.
- ♣ Motivos da consulta.
- ♣ Características do problema de saúde.
- ♣ *Compliance*
- ♣ Aspectos relevantes das consultas médicas.

♣ **Dados individuais.**

Os quatro primeiros itens do questionário, “regularidade da consulta de odontologia”, “motivos da consulta”, “características do problema de saúde” e “*compliance*” tinham como objectivo a recolha de informação nos moldes referidos para os utentes, pelo que não se considera relevante repetir essa informação. Todas as informações pedidas nestes itens estavam relacionadas com os utentes.

Em relação ao quinto item do questionário, “aspectos relevantes das consultas médicas” teve como objectivo a recolha de dados relativos à opinião do profissional de saúde acerca de aspectos gerais das consultas médicas.

O último item do questionário, “dados individuais”, serve para recolher os dados demográficos dos profissionais de saúde. São recolhidas informações relativas à idade, sexo e estado civil dos médicos odontologistas envolvidos no estudo.

6.2.2.3.2. A Natureza das Questões

A maior parte das questões formuladas para os questionários referidos são questões fechadas, em que os inquiridos devem escolher uma ou mais hipóteses das que lhes são fornecidas. Em algumas questões a opção “outros/outras” aparece acompanhada por uma linha onde o inquirido pode escrever uma resposta que não esteja contemplada nas opções fornecidas. De acordo com Ferreira (1986) as questões fechadas condicionam mais as respostas de certos grupos, no sentido da imposição da problemática. Em contrapartida facilitam muito a anotação durante o inquérito e o apuramento dos resultados.

Para minimizar os efeitos mais perniciosos, toda a pergunta fechada deverá ser construída a partir da análise de conteúdo de respostas obtidas a uma pergunta aberta de um estudo piloto ou de um pré-teste suficientemente amplo e incidente sobre a população a inquirir. Assim, as hipóteses avançadas terão uma correspondência mais próxima dos posicionamentos mais correntes e poderão enquadrar a maioria dos inquiridos (Ferreira, 1986).

No caso do presente projecto de investigação, cada item de resposta a uma questão fechada foi elaborado com base nos conhecimentos teóricos adquiridos a partir da exploração da literatura publicada sobre o tema, sobretudo, no que se refere a estudos anteriormente realizados e a partir das entrevistas exploratórias efectuadas antes da elaboração da primeira versão do questionário. O pré-teste ajudou a detectar

as falhas da primeira versão e permitiu a realização das correcções necessárias para melhorar o instrumento de recolha de dados.

Segundo Ferreira (1986) são raras as vezes em que os inquiridos assinalam hipóteses não previstas. Mesmo que não se trate de uma atitude de sujeição, pode simplesmente emergir um certo comodismo, pois não deixa de ser mais fácil tomar posição sobre enunciados do que fazer o esforço da enunciação. Ou então, dar-se o efeito de atracção pela resposta que parece socialmente mais desejável ou atraente aos olhos do respondente (Ferreira, 1986).

6.2.2.3.3. Definição e Operacionalização das Variáveis

“Uma variável é um conjunto operacional e classificatório que, através da partição de um conjunto teoricamente relevante, assume vários valores” (Almeida e Pinto, 1976, pág. 116).

Podem distinguir-se, em primeiro lugar, dois tipos de variáveis no presente estudo: as variáveis dependentes e as variáveis independentes.

As **variáveis independentes** analisadas *à priori* são o local da consulta (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro), o momento da consulta (Utentes antes da consulta com o profissional de saúde *versus* Utentes depois da consulta com o profissional de saúde), o estado de saúde (Indivíduos doentes e inquiridos em situação de utilização de um dos estabelecimentos de saúde considerados no estudo e Indivíduos não doentes e inquiridos em locais públicos) e o conhecimento acerca da doença (Utentes inquiridos antes da consulta com o profissional de saúde e Profissionais de saúde inquiridos depois da consulta com o paciente).

As variáveis independentes analisadas *à posteriori*, isto é, variáveis cuja análise se mostrou favorável, neste estudo são: o sexo, as habilitações literárias e a idade dos inquiridos. Nas variáveis independentes sexo e habilitações literárias foram utilizadas escalas de medida nominais. Segundo Hill e Hill (2002), as escalas nominais consistem num conjunto de categorias de respostas qualitativamente diferentes e mutuamente exclusivas. Nas variáveis acima referidas as categorias de resposta Masculino, Feminino; Nunca estudou, 4ª Classe, 6º Ano, 9º Ano, 12º Ano, Bacharelato/Licenciatura, Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento, apresentam as características das escalas nominais.

Na variável independente idade foi utilizada uma escala de rácio. Segundo Hill e Hill (2002) as escalas de rácio são usadas nas Ciências Sociais para medir tempo, além disso, são escalas que estabelecem uma relação de ordem entre as respostas, onde é possível medir as diferenças existentes na quantidade da variável medida e onde o valor “zero” não é arbitrário, é absoluto ou real. A variável idade apresenta estas características.

As percepções do tipo de doença, de curabilidade da doença, controlabilidade, frequência com que aparece, gravidade da doença, responsabilidade pessoal pela doença, consequências da situação da doença, *compliance*, confiança no profissional de saúde, avaliação do estabelecimento de saúde, satisfação com o profissional de saúde, motivos da consulta e causas da doença, constituem as **variáveis dependentes** do estudo.

As variáveis dependentes estado de saúde ou de doença do indivíduo e tipo de doença que considera ter são variáveis dicotómicas porque segundo Almeida e Pinto (1976) só lhes correspondem dois valores (no caso do estado de saúde ou de doença Sim/Não e no caso do tipo de doença Aguda/Crónica).

As restantes variáveis dependentes são variáveis de classificação segundo Almeida e Pinto (1976) porque podem assumir um número finito e não muito elevado de valores.

Nas variáveis dependentes estado de saúde ou de doença do indivíduo, tipo de doença que considera ter, motivos da regularidade e falta de regularidade às consultas de odontologia, causas da situação de doença, motivos da procura dos cuidados de saúde e motivos do não cumprimento da prescrição médica foram usadas escalas de medida nominais.

Nas variáveis dependentes número de vezes que esteve doente com esta doença foi utilizada uma escala de rácio.

Nas variáveis dependentes percepção de curabilidade, controlabilidade, frequência da doença, gravidade da doença, responsabilidade pessoal pela doença, consequências da situação de doença, comportamentos quando está a cumprir um tratamento médico, satisfação com as consultas médicas, confiança no profissional de saúde e avaliação do estabelecimento de saúde foram usadas escalas de avaliação ou rating scales. As escalas de avaliação são escalas que pedem ao paciente para seleccionar uma opção numa escala numérica ou nominal que melhor descreva o nível de intensidade de dimensão que está a ser medido (Spine, 2000).

Foram, ainda, definidas quatro variáveis resultantes do somatório de vários itens do questionário. A estas variáveis deu-se o nome de *score* (total). As variáveis assim definidas foram formuladas pelo somatório dos itens do questionário considerados pertinentes e para os quais o Alfa de Cronbach deu um resultado igual ou superior a .60. As variáveis definidas por estes somatórios foram: Consequências da situação de doença para si mesmo (*score*); Consequências da situação de doença para os outros (*score*); *Compliance* total (*score*) e Satisfação total (*score*).

6.2.2.3.4. As Escalas Utilizadas nos Questionários

Nos questionários acima apresentados foram utilizados, como já foi anteriormente referido, três tipos de escalas, para responder às questões: escalas nominais, escalas de rácio e escalas de avaliação ou *rating scales*.

As **escalas nominais** foram utilizadas nas questões que pretendiam recolher informações sobre o estado de saúde ou de doença do indivíduo, o tipo de doença que os indivíduos consideram ter, motivos da regularidade ou falta dela relativamente às consultas de odontologia, causas da situação de doença, os motivos da procura dos cuidados de saúde, motivos do não cumprimento da prescrição médica e nas questões relativas aos dados individuais do paciente, como sexo, estado civil, habilitações literárias e residência.

As **escalas de rácio** foram utilizadas nas questões relativas à idade dos inquiridos e o número de vezes que esteve doente com esta doença. Em relação ao item “número de vezes que esteve doente com esta doença”, a questão pode ser respondida utilizando-se quatro categorias classificativas: é a primeira vez que estou doente com esta doença (=1), é a segunda vez que estou doente com esta doença (=2), é a terceira vez que estou doente com esta doença (=3) e já tive doente com esta doença mais de quatro vezes (=4).

As **rating scales** são escalas ordinais que, mediante certas características podem ser tratadas como sendo intervalares. As questões em que foram utilizadas *rating scales* pediam aos inquiridos que considerassem uma escala numerada de um (1) a quatro (4) ou de um (1) a cinco (5) e escolhessem a sua posição de acordo com o que consideravam mais correcto.

Nas questões relativas à curabilidade, controlabilidade, frequência da doença, gravidade e responsabilidade pessoal pela doença foram usadas *rating scales*. Em

relação à curabilidade, a questão pode ser respondida utilizando-se as quatro categorias classificativas: não pode ser curado (=1), dificilmente poderá ser curado (=2), pode ser curado (=3) e pode ser curado facilmente (=4). A questão relacionada com a controlabilidade da doença pode ser respondida utilizando-se as quatro categorias classificativas: não pode ser controlado (=1), muito dificilmente conseguirei controlá-lo (=2), posso controlá-lo com algumas dificuldades (=3) e posso controlá-lo facilmente (=4). A frequência com que aparece o problema de saúde do utente é uma questão que revela uma escala semelhante às anteriores: aparece raramente (=1), é pouco frequente (=2), é frequente (=3) e muito frequente (=4). Relativamente à gravidade do problema de saúde, a questão pode ser respondida utilizando-se as cinco categorias classificativas: não é grave (=1), é pouco grave (=2), é grave (=3), é muito grave (=4) e é muitíssimo grave - envolve grandes riscos (=5). O item relativo à responsabilidade pessoal pela situação de doença, pode ser respondido utilizando cinco categorias classificativas: não sou responsável (=1), sou pouco responsável (=2), tenho parte da responsabilidade (=3), tenho muita responsabilidade (=4) e sou completamente responsável (=5). As rating scales foram usadas nas questões relacionadas com as consequências da doença para si mesmo e para os outros. Nestas duas questões, cada um dos quatro itens poderia ser respondido utilizando as quatro categorias classificativas: não provável (=1), pouco provável (=2), provável (=3) e muito provável (=4).

Nas questões relativas aos comportamentos quando está a cumprir um tratamento médico (de odontologia ou prescrito por outros profissionais de saúde) e nas questões relativas à satisfação com as consultas médicas (de odontologia ou com outros profissionais de saúde) foram, também, utilizadas rating scales. Cada questão pode ser respondida utilizando as cinco categorias classificativas: nunca (=1), raramente (=2), às vezes (=3), muitas vezes (=4) e sempre (=5).

As rating scales foram utilizadas nas questões relacionadas com a confiança do paciente no profissional de saúde e classificação dos estabelecimentos de saúde que o paciente frequenta. A primeira questão pode ser respondida utilizando-se as quatro categorias classificativas: não tenho confiança (=1), tenho pouca confiança (=2), tenho confiança (=3) e tenho muita confiança (=4). A segunda questão pode ser respondida utilizando-se as cinco categorias classificativas: Muito mau (=1), mau (=2), razoável (=3), bom (=4) e muito bom (=5).

As *rating scales* foram, ainda, utilizadas nas variáveis consequências da situação de doença (*score*), *Compliance* total (*score*) e satisfação dos pacientes com a consulta médica (*score*), que foram calculados somando vários itens do questionário. Antes da realização dos somatórios acima referidos, realizou-se o teste estatístico Alfa de Cronbach para verificar se a relação entre as variáveis era suficientemente boa para ser efectuado o somatório. Quando se encontrou um valor de Alfa de Cronbach igual ou superior a .60, considerou-se a relação entre as variáveis suficientemente boa para se efectuarem os somatórios.

Com o objectivo de analisar as Consequências da Situação de Doença para Si Mesmo (*score*), fez-se o somatório dos seguintes itens do questionário: “Perder o emprego ou a ocupação profissional”; “Não ter dinheiro para cumprir o tratamento prescrito pelo médico”; “Ficar dependente dos outros”; “Ter dificuldades no relacionamento com familiares e amigos”. Assim, o *score* máximo que os indivíduos poderiam obter neste parâmetro era de vinte pontos, correspondendo a uma percepção das consequências da doença para si mesmo muito elevada.

Com o objectivo de analisar as Consequências da Situação de Doença para os Outros (*score*), fez-se o somatório dos seguintes itens do questionário: “Os meus familiares e amigos podem perder o emprego ou a ocupação profissional”; “Os meus familiares e amigos podem ter que despende muito tempo para cuidar de mim”; “Os meus familiares e amigos podem ter que me fornecer ajuda financeira”; “Os meus familiares e amigos podem ter dificuldades no relacionamento comigo”. Assim, o *score* máximo que os indivíduos poderiam obter neste parâmetro era de vinte pontos, correspondendo a uma percepção das consequências da doença para os outros muito elevada.

Com o objectivo de analisar o *Compliance* Total (*score*) dos inquiridos, fez-se o somatório dos itens do questionário que corresponderiam a comportamentos relacionados com o *compliance* (“Faço o tratamento de forma correcta, nos horários e vezes recomendados pelo médico”; “Paro a medicação ou o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer”; “Paro a medicação ou o tratamento quando me sinto melhor”; “Paro a medicação ou o tratamento quando sinto que me está a fazer mal a outra coisa” e “Costumo cumprir o tratamento prescrito pelo médico nos horários e vezes recomendados e até ao final”). A escala dos itens: “Paro a medicação ou o tratamento quando me sinto melhor”; e “Paro a medicação ou o tratamento quando sinto que me está a fazer mal a outra coisa”, foi invertida pelo

facto destes comportamentos actuarem contra o *Compliance*. Deste modo, a escala foi invertida utilizando-se a correspondência que se segue: a pontuação 1 passou a corresponder à pontuação 5, a pontuação 2 passou a corresponder à pontuação 4; a pontuação 3 passou a corresponder à pontuação 3; a pontuação 4 passou a corresponder à pontuação 2 e a pontuação 5 passou a corresponder à pontuação 1. Assim, o *score* máximo que os indivíduos poderiam obter neste parâmetro era de vinte e cinco pontos, correspondendo a uma intenção elevada de adesão por parte dos pacientes às recomendações do profissional de saúde. O *Compliance* Total (*score*) foi calculado para os tratamentos prescritos pelo médico dentista e para os tratamentos prescritos pelos outros profissionais de saúde.

Com o objectivo de analisar a Satisfação Total (*score*) dos utentes da cidade de Faro, fez-se o somatório dos seguintes itens do questionário: “O médico fornece toda a informação necessária à compreensão do tratamento que prescreve e do estado de saúde”; “O médico encoraja-me a fazer perguntas”; “O médico demonstra interesse relativamente às minhas preocupações”; e “Quando marco uma consulta, o tempo entre a marcação e a consulta é muito longo”. A escala do último item: “Quando marco uma consulta, o tempo entre a marcação e a consulta é muito longo”, foi invertida pelo facto deste ser um aspecto menos satisfatório das consultas médicas. A escala foi invertida de acordo com a correspondência anteriormente definida para os comportamentos do *Compliance*. Assim, o *score* máximo que os indivíduos poderiam obter neste parâmetro era de vinte pontos, correspondendo a uma satisfação muito elevada dos pacientes com as consultas médicas. Tal como aconteceu para o *Compliance*, foi calculada a satisfação total (*score*) para as consultas com o profissional de saúde e para as consultas médicas no geral.

6.2.2.4.O Pré-Teste aos Questionários

O pré-teste ao questionário é uma prova preliminar do questionário, uma espécie de teste ao seu valor (Mucchielli, 1979).

De acordo com Mucchielli (1979), o número de questionários aplicados durante o pré-teste pode ser bastante restrito: de 10 a 20, para um questionário que abrangerá depois uma amostra que pode ir de 100 a 2 000 pessoas. No entanto, ainda segundo o mesmo autor, os indivíduos inquiridos durante o pré-teste deverão pertencer à população onde serão aplicados os questionários.

No presente projecto de investigação foi realizado um pré-teste aos questionários, antes da redacção final dos instrumentos a aplicar aos inquiridos. Este pré-teste foi realizado numa amostra de oito a dez indivíduos de cada grupo (indivíduos antes da consulta, indivíduos depois da consulta, profissionais de saúde e indivíduos não doentes) e em cada um dos locais de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos).

Uma vez que o pré-teste ao questionário foi efectuado nos locais onde decorreriam as recolhas de dados foi possível testar os métodos de abordagem dos inquiridos, os problemas de aplicabilidade do questionário, os métodos de aplicação do questionário e a disponibilidade dos inquiridos para participar no estudo.

A aplicação dos questionários nos locais de entrevista permitiu, também, testar a extensão dos questionários e o tempo despendido pelos inquiridos na resposta a todos os itens do mesmo. Pretendia-se, com este procedimento, adequar a extensão do questionário ao contexto da sua aplicação.

De acordo com Mucchielli (1979), o pré-teste deve assegurar os seguintes resultados: Clareza e precisão dos termos; Desmembramento das questões; Teste da forma das perguntas; Teste da ordem das perguntas; Teste de introdução de questionário.

O pré-teste permitiu verificar se os termos empregues no questionário eram de fácil compreensão para os inquiridos e registaram-se alguns termos complexos que foram posteriormente substituídos ou explicados na versão final do questionário. Permitiu, também, verificar se a ordem das questões era a mais conveniente ou se eventualmente seria necessário colocar as questões de maior sensibilidade numa outra ordem.

O pré-teste levou à conclusão que seria necessário introduzir o consentimento informado, um documento exigido pelos estabelecimentos de saúde em que os doentes tomam conhecimento das condições da sua participação e concordam, por escrito, em participar no estudo.

Um outro objectivo do pré-teste ao questionário foi testar as categorias de resposta das questões fechadas, de forma a averiguar se seriam suficientes, se induziam os inquiridos a uma determinada resposta ou se, eventualmente, as categorias de resposta estariam de acordo com a interpretação que os inquiridos faziam da questão.

6.2.2.5.O Campo de Análise

Esta investigação apresenta um campo de análise muito bem circunscrito quer no espaço geográfico, quer no social e, também, no tempo.

Relativamente ao espaço geográfico pode referir-se que a investigação apresentada foi realizada na cidade de Faro, em quatro locais com características muito diferentes. Os quatro locais onde foram recolhidos os dados para a investigação foram, o Hospital Distrital de Faro, o Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos da mesma cidade.

O espaço social da presente investigação está também muito bem circunscrito e refere-se aos utentes dos três estabelecimentos de saúde onde foram recolhidos os dados a analisar (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro) e indivíduos considerados “não doentes” que se encontravam em locais públicos não relacionados com o serviço nacional de saúde.

O projecto de investigação refere-se a um estudo transversal e, por isso, pretende demonstrar as características da população inquirida num dado momento. Assim, a recolha dos dados decorreu entre Junho de 2004 e Agosto de 2005. O longo período de tempo em que decorreram as recolhas de dados esteve relacionado com o facto de serem necessárias autorizações das direcções dos Estabelecimentos de Saúde que nem sempre foram tão breves como o esperado.

6.2.2.6.A Seleção da Amostra

Em relação aos indivíduos doentes, o Universo do estudo apresentado é o número total de utentes da consulta externa de cirurgia do Hospital Distrital de Faro, do Centro de Saúde de Faro e das Clínicas de Odontologia da cidade de Faro.

Os indivíduos a inquirir foram escolhidos de entre os que se encontravam no estabelecimento de saúde nos dias e horários em que decorreram as recolhas de dados.

Os questionários foram aplicados a indivíduos antes da consulta com o seu médico (foram inquiridos trinta utentes). Depois da consulta, o profissional de saúde, deveria preencher um questionário sobre o utente anteriormente inquirido (o número de profissionais de saúde envolvidos no estudo, em cada um dos estabelecimentos de saúde, está relacionado com a sua disponibilidade para participar no mesmo). Depois

da consulta foram, ainda, inquiridos trinta indivíduos que não correspondiam aos mesmos utentes inquiridos antes da consulta. A aplicação dos questionários da forma anteriormente descrita deve-se ao facto dos indivíduos se mostrarem indisponíveis para responder a dois questionários (um antes da consulta e outro depois da consulta), durante a realização do pré-teste ao questionário em questão.

Relativamente aos indivíduos não doentes, considera-se que o Universo do estudo são todos os indivíduos que não se encontram no interior de um estabelecimento de saúde. A amostra de indivíduos não doentes foi de sessenta e três. Os indivíduos a inquirir foram escolhidos de entre os que se encontravam em espaços públicos como a rua, esplanadas de cafés ou pastelarias e jardins, nos dias e horários em que decorreram as recolhas de dados.

O trabalho em questão não busca a representatividade da amostra inquirida por local de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos), mas pretende perceber se existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis independentes de acordo com as variáveis dependentes e pretende também verificar se existe um efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes em estudo.

6.2.2.7.O Consentimento Informado e a Aplicação dos Questionários

O Consentimento Informado é um documento exigido pelos Estabelecimentos de Saúde que tem como objectivo pedir ao utente consentimento para a sua participação no estudo. Este documento deve explicitar os objectivos da aplicação do questionário e informar o indivíduo das implicações da sua participação no estudo. Este documento deve dar liberdade ao paciente para decidir participar ou não na recolha de dados e informá-lo de que a sua decisão não terá qualquer influência na consulta com o profissional de saúde, nem prejudicará o normal funcionamento do serviço de saúde.

O Consentimento Informado poderá ser consultado em anexo, ver anexo II.

Os questionários utilizados para a recolha de dados foram aplicados em quatro locais distintos. Seguidamente apresentam-se os locais onde estes questionários foram aplicados, assim como o número de questionários aplicados e o número de indivíduos envolvidos no estudo.

Foram aplicados sessenta e três questionários a indivíduos fora dos estabelecimentos de saúde em estudo. Estes sessenta e três indivíduos foram inquiridos em **espaços públicos** como a rua, esplanadas de pastelarias ou cafés e jardins.

Foram aplicados noventa questionários na consulta externa de cirurgia do **Hospital Distrital de Faro**. Os noventa questionários distribuíram-se do seguinte modo: trinta questionários a utentes do Hospital Distrital de Faro que aguardavam consulta com o seu médico; trinta questionários aos médicos depois de consultarem o utente; e trinta questionários a utentes do Hospital Distrital de Faro depois da sua consulta com o médico.

Foram aplicados noventa questionários no **Centro de Saúde de Faro**. Os noventa questionários distribuíram-se do seguinte modo: trinta questionários a utentes do Centro de Saúde que aguardavam consulta com o seu médico de família; trinta questionários aos médicos depois de consultarem o utente; e trinta questionários a utentes do Centro de Saúde depois da consulta com o seu médico.

Foram aplicados noventa questionários em dez **Clínicas de Odontologia** da cidade de Faro. Os noventa questionários distribuíram-se do seguinte modo: trinta questionários a utentes de clínicas de odontologia que aguardavam consulta com o seu médico dentista; trinta questionários aos médicos dentistas depois de consultarem o utente; e trinta questionários a utentes de clínicas de odontologia depois da sua consulta com o médico odontologista.

Antes da aplicação dos questionários nos estabelecimentos de saúde, a responsável pelo estudo estabeleceu contacto com os Directores dos Estabelecimentos de Saúde em estudo a fim de obter a autorização para a realização dos questionários. As autorizações tomaram a forma de um documento escrito e/ou de uma pequena entrevista. Depois de ser emitido um parecer favorável à aplicação dos questionários a responsável pelo estudo iniciava o processo de recolha de dados.

A aplicação dos questionários aos inquiridos obedeceu ao procedimento que seguidamente se descreve. Em primeiro lugar, a responsável pelo estudo apresentava-se ao inquirido fazendo referência ao seu nome, ao propósito da abordagem, às linhas gerais do projecto de investigação e à importância da colaboração do inquirido para o projecto. Numa segunda fase, era explicado ao inquirido que o questionário era anónimo e que ao decidir participar não seria identificado, em nenhuma das fases do processo de investigação. O inquirido, após

ter concordado em participar na recolha de dados deveria assinar o consentimento informado.

Após a assinatura do consentimento informado, a responsável pelo estudo procedia à leitura da pergunta do questionário e respectivas opções, aguardava pela resposta do inquirido e registava-a na folha do questionário.

O questionário foi respondido oralmente por todos os inquiridos, com excepção dos profissionais de saúde. No caso dos profissionais de saúde, o inquirido levava ao médico um questionário devidamente numerado (com um número convencional) que este preenchia no final da consulta, depois do utente ter saído. No final das consultas do dia, os profissionais de saúde devolviam os questionários preenchidos à responsável pelo estudo.

Assim, segundo Quivy e Campenhoudt (1992), pode considerar-se que os questionários aplicados aos utentes dos três estabelecimentos de saúde e aos indivíduos não doentes são questionários “de administração indirecta” porque o próprio inquiridor o completa a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido. Os questionários aplicados aos profissionais de saúde são, segundo os mesmos autores, “de administração directa” porque é o próprio inquirido que o preenche.

A resposta a todas as questões do questionário, em qualquer uma das situações, demorou, em média dez minutos, com excepção dos questionários preenchidos pelos profissionais de saúde, que eram um pouco menos extensos e que demoraram, em média, cinco minutos a preencher.

6.2.3. Análise Estatística dos Dados e Apresentação da Informação

6.2.3.1. Os Locais de entrevista e os Grupos de Indivíduos

Como já foi anteriormente referido, os dados relativos ao presente projecto de investigação foram recolhidos através da aplicação de questionários em três estabelecimentos de saúde: Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro. Em cada um destes estabelecimentos de saúde foram inquiridos três grupos de indivíduos: utentes antes da consulta, utentes depois da consulta e profissionais de saúde. Foram, ainda, inquiridos indivíduos em Espaços Públicos que constituem o grupo de indivíduos não doentes.

Assim, as análises estatísticas dos dados serão realizadas sempre respeitando o Local de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos) e/ou o grupo de indivíduos (utentes antes da consulta, utentes depois da consulta, profissionais de saúde e indivíduos não doentes).

6.2.3.2.As Classes de Idade

A idade dos indivíduos inquiridos é uma variável em que foi utilizada uma escala de rácio, ou seja, a variável pode tomar um número muito grande de valores. Decidiu-se, posteriormente, agrupar os inquiridos em três classes de idade. A primeira corresponderia a jovens adultos, a segunda a adultos e a terceira a adultos maduros.

Para tornar a distribuição das classes de idade mais ou menos homogénea, procedeu-se à ordenação das idades dos inquiridos, dividindo-se o número de inquiridos em três grupos, correspondendo, cada grupo a uma classe de idades. Decidiu-se, então, o limite inferior e superior de cada uma das classes de idade. Assim, pertencem à primeira classe de idade, jovens adultos, os indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 30 anos; à segunda classe de idade, adultos, os indivíduos com idade compreendida entre os 31 e os 50 anos de idade; e a terceira classe de idade, adultos maduros, os indivíduos com idade igual ou superior a 51 anos.

6.2.3.3.A Análise Estatística dos Dados

A análise estatística dos dados é um método adequado, por definição, a todas as investigações orientadas para o estudo das correlações entre fenómenos susceptíveis de serem exprimidos por variáveis quantitativas. Por conseguinte, estes métodos estão geralmente muito adequados a investigações conduzidas numa perspectiva de análise causal (Quivy e Campenhoudt, 1992).

A análise estatística dos dados impõe-se em todos os casos em que estes últimos são recolhidos por meio de um inquérito por questionário (Quivy e Campenhoudt, 1992). Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), a análise estatística dos dados apresenta as seguintes vantagens:

- ♣ A precisão e o rigor do dispositivo metodológico, que permite satisfazer quase idealmente o critério da intersubjectividade.
- ♣ A capacidade dos meios informáticos, que permitem manipular muito rapidamente um grande número de variáveis.
- ♣ A clareza dos resultados e dos relatórios de investigação, nomeadamente quando o investigador aproveita os recursos da apresentação gráfica da informação.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992), a análise estatística dos dados também apresenta limitações e problemas:

- ♣ Nem todos os factos que interessam ao investigador são quantitativamente mensuráveis.
- ♣ O instrumento estatístico tem um poder de elucidação limitado aos postulados e às hipóteses metodológicas sobre as quais se baseia, mas não dispõe, em si mesmo, de um poder explicativo.

Podem descrever relações, estruturas latentes, mas o significado dessas relações e dessas estruturas não deriva dele. É o investigador que atribui um sentido a essas relações, através do modelo teórico que constitui previamente e em função do qual escolheu um método de análise estatística (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Abaixo especificam-se os testes estatísticos utilizados na análise dos dados e a pertinência da sua aplicação.

De forma a caracterizar-se a ordem de grandeza das observações, utilizaram-se medidas de tendência central, nomeadamente a média e mediana que têm como principal objectivo por em evidência o valor central das distribuições, e medidas de tendência não central, na forma de medidas de dispersão, onde se incluem o desvio padrão e amplitude que permitem quantificar a variabilidade das observações, tendo-se ainda utilizado medidas de assimetria (Maroco e Bispo, 2003).

Utilizou-se o Teste *T* para duas amostras independentes, que permitirá verificar se a diferença observada entre as médias das duas amostras se pode atribuir a uma causa sistemática, ou se pelo contrário, são devidas ao acaso. Dito de outra forma o Teste *T* permite testar a hipótese nula da diferença entre as médias (D' Hainaut, 1997; Pestana e Gageiro, 2003).

Tendo em conta que foram formados grupos simples por locais de entrevista, para se avaliarem as diferenças entre as médias das variáveis dependentes, o teste

paramétrico adequado a esse tipo de análise é a Análise de Variância Simples (ANOVA). Se não existir uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos grupos comparados, as duas estimações serão iguais, sendo as flutuações fruto do acaso e, portanto, insignificantes. Desta forma também o teste *F* não será significativo (D'Hainaut, 1997). Sempre que necessário foi efectuado um teste *post-hoc* de Tuckey HSD.

O método de análise de variância designado por análise factorial foi utilizada no presente estudo. Neste tipo de análise de variância podem verificar-se as diferenças relativamente a uma variável dependente, em grupos divididos segundo dois critérios que agem em simultâneo, deste modo, para além de se verificar a influência de cada critério (factor) em separado, pode observar-se qual o efeito da interacção conjunta desses mesmos factores (Maroco, 2003).

Com o objectivo de se avaliar a influência do factor local de entrevista (Hospital e Centro de Saúde) no tipo de doença (aguda ou crónica) que o indivíduo considera ter, foi aplicado um teste de Qui-Quadrado, verificando-se a dependência entre as duas variáveis, pelo grau de associação de Cramer V (Pestana e Gageiro, 2003)

O modelo de regressão linear múltipla é uma técnica estatística, descritiva e inferencial, que permite a análise entre uma variável dependente *Y* (gravidade e /ou *compliance*) e um conjunto *k* de variáveis independentes *X*'s (percepção de gravidade da doença, consequências da doença para si mesmo, consequência da doença para os familiares e amigos, *compliance*, satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral). Os modelos foram ajustados aos dados segundo a abordagem Forward Stepwise (Pestana e Gageiro, 2003).

O nível de significância dos testes estatísticos fixado foi de 0,05 ou 5% o nível para a rejeição da hipótese de nulidade (H_0), recorreu-se ao *Software* SPSS 14.0 para *Windows* e fixou-se em 0,05 o nível para a rejeição da hipótese de nulidade.

Resumo

Foi realizada uma abordagem exaustiva da metodologia utilizada na recolha e análise estatística dos dados. Assim, é apresentado o método de recolha de dados,

inquérito por questionário e justificada a sua escolha pelas vantagens que apresenta, considerando as desvantagens envolvidas na sua utilização.

Referem-se, ainda, os aspectos relacionados com o instrumento de recolha de dados, relativamente às escalas de medida utilizadas, à organização dos questionários aplicados nos diferentes contextos (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos), à metodologia utilizada no inquérito por questionário, ao pré-teste realizado ao questionário e a outros aspectos relevantes para a compreensão do instrumento de recolha de dados e da sua utilização.

Os questionários foram aplicados em três estabelecimentos de saúde: Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia, através do inquérito a noventa indivíduos por cada estabelecimento (trinta utentes antes da consulta com o médico, trinta profissionais de saúde depois da consulta com o paciente e trinta utentes depois da consulta com o médico). Em espaços públicos (rua, esplanadas de cafés ou pastelarias, etc.) foram inquiridos os sessenta e três indivíduos “não doentes”. Os dados recolhidos pela aplicação dos questionários foram analisados estatisticamente utilizando o *Software* SPSS 14.0 para *Windows* e fixou-se em 0,05 o nível para a rejeição da hipótese de nulidade.

Os dados foram divididos em duas bases de dados e analisados separadamente. A primeira análise dos dados diz respeito aos questionários aplicados aos indivíduos antes da consulta com o profissional de saúde, depois da consulta com o profissional de saúde e indivíduos “não doentes” (Capítulo VII). A segunda análise dos dados diz respeito aos questionários aplicados aos indivíduos antes da consulta com o profissional de saúde, ao profissional de saúde depois da consulta com o utente e indivíduos “não doentes” (Capítulo VIII).

CAPÍTULO VII

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS RECOLHIDOS



7. Apresentação e Discussão dos Dados Recolhidos pelos Questionários Aplicados a Indivíduos Antes da Consulta, a Indivíduos Depois da Consulta e a Indivíduos Não Doentes

Introdução

O estudo desenvolvido no âmbito do presente trabalho de investigação é um estudo quase experimental, que pretende verificar a existência de diferenças significativas nas variáveis independentes, de acordo com as variáveis dependentes e a existência de um efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes.

As variáveis dependentes neste estudo são: percepção do estado de saúde ou de doença, tipo de doença, motivos da regularidade ou falta dela nas consultas de odontologia, causas da doença, motivos da procura dos cuidados de saúde, percepção de curabilidade da doença, controlabilidade, frequência com que aparece, gravidade da doença, responsabilidade pessoal pela doença, consequências da situação da doença, *compliance*, satisfação com o profissional de saúde e com o estabelecimento de saúde e confiança no profissional de saúde.

O presente estudo manipula a presença de um determinado grupo de indivíduos (indivíduos antes da consulta com o profissional de saúde; indivíduos depois da consulta com o profissional de saúde; e indivíduos não doentes), seguindo a lógica dos grupos contrastantes.

O trabalho em questão não busca a representatividade da amostra inquirida por Local de Entrevista (Centro de Saúde de Faro, Hospital Distrital de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos), mas pretende perceber se existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos de utentes inquiridos nos diversos Locais de Entrevista.

As análises estatísticas realizadas neste trabalho de investigação foram efectuadas, primeiramente, por comparação de três grupos de indivíduos: antes da consulta, depois da consulta e não doentes, nos quatro locais de entrevista (capítulo VII). Posteriormente, foram comparados os seguintes grupos de indivíduos: antes da consulta, profissionais de saúde e não doentes, nos quatro locais de entrevista (capítulo VIII). Pretende-se, com as análises realizadas, comparar os grupos de indivíduos acima referidos, respeitando sempre o local de entrevista de forma a

verificar se existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis estudadas, ou um efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes.

Na apresentação dos resultados abaixo definida optou-se por dividir as análises estatísticas em duas dimensões. Primeiramente, são analisados os factores relativos ao *design* experimental do trabalho e que dividem os inquiridos por grupo (utentes antes da consulta com o profissional de saúde; utentes depois da consulta com o profissional de saúde; e indivíduos não doentes) e por local de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos). *À posteriori* foi analisado o efeito das variáveis independentes sexo, habilitações literárias e idade dos inquiridos nas variáveis dependentes anteriormente referidas.

7.1. As Hipóteses Estatísticas do Estudo

No presente capítulo do trabalho de investigação, utilizou-se a estatística descritiva e a estatística inferencial ou dedutiva.

A primeira foi utilizada na caracterização da amostra, bem como na apresentação dos motivos da procura dos cuidados de saúde e do não cumprimento da prescrição médica, na identificação das causas da situação de doença e na exposição dos motivos da falta de regularidade às consultas de odontologia.

Na estatística inferencial ou dedutiva foram utilizadas as análises estatísticas consideradas apropriadas, nomeadamente, Teste *T*, Análise de Variância Simples, Análise de Variância Factorial, Teste de Qui-Quadrado e Regressão Linear Múltipla. Com o objectivo de verificar a diferença ou o efeito das variáveis independentes (Local da Consulta, Estado de Saúde e Momento da Consulta) nas variáveis dependentes (percepção de gravidade da doença, consequências da doença para si mesmo, consequências da doença para os familiares e amigos, *compliance* com os conselhos médicos, *compliance* com os conselhos do médico odontologista, satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral) foram utilizadas as referidas análises.

À posteriori, na segunda fase da análise estatística dos dados, pretende-se verificar o efeito das variáveis independentes (Sexo, Habilitações Literárias e Idade) nas variáveis dependentes acima referidas.

No decorrer do tratamento estatístico dos dados, sempre que se apresentam as análises estatísticas, considera-se a hipótese da existência de diferenças significativas do ponto de vista estatístico nas variáveis independentes, de acordo com as variáveis dependentes ou a existência de um efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes. A não existência de diferenças estatisticamente significativas ou a não existência de um efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes, permite rejeitar a hipótese nula.

Como o presente trabalho se refere a um estudo quase experimental de campo, pode considerar-se que uma parte do trabalho é experimental porque se manipulam as variáveis independentes e os aspectos analisados estão contemplados na literatura sobre o tema, mas o estudo tem, também, um carácter exploratório em que se pretendem explorar novas interações entre variáveis e a descoberta de novos conhecimentos.

À priori é esperado que as variáveis independentes Local da Consulta (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro), Estado de Saúde (indivíduos doentes ou indivíduos não doente) e Momento da Consulta (utentes inquiridos antes da consulta e utentes inquiridos depois da consulta) tenham um efeito estatisticamente significativo nas variáveis dependentes percepção de gravidade da doença, consequências da situação de doença para si mesmo, consequências da situação de doença para os familiares e amigos, *compliance* com os conselhos médicos, *compliance* com os conselhos do médico odontologista, satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral. A não existência de um efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes permite rejeitar a hipótese nula.

7.2. Breve Caracterização da Amostra

A média das idades dos inquiridos independentemente do sexo foi de 43 anos, com um desvio padrão de 18,79 e um intervalo de confiança a variar entre os 40,54 e os 45,28; um valor mínimo de 12 anos e um valor máximo de 85 anos (figura 7.1.).

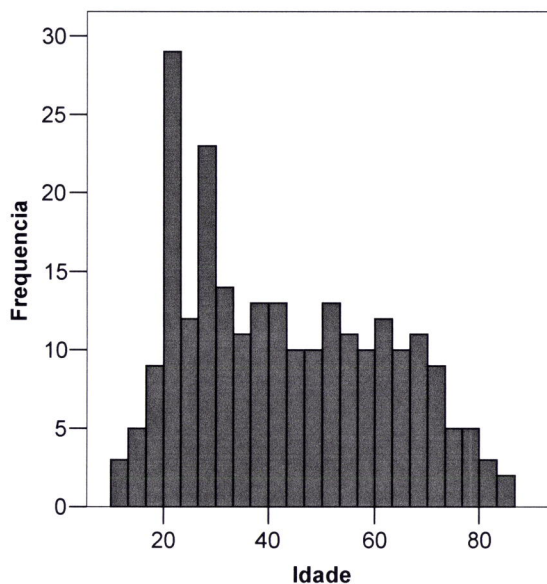


Figura 7.1. – Histograma para a idade dos inquiridos.

Na figura 7.2. representaram-se, por local de entrevista, os grupos etários anteriormente estabelecidos (metodologia: ponto 6.2.3.2. do capítulo VI). Da sua análise pode concluir-se que a faixa etária mais jovem, ou grupo etário dos 10 aos 30 anos, é aquela que frequenta mais as Clínicas de Odontologia (62%). Estes dados estão em oposição aos que se podem verificar para idades superiores aos 51 anos onde se observaram valores percentuais para frequência às Clínicas de Odontologia num valor bastante inferior (8%). Para esta faixa etária o valor mais elevado diz respeito à utilização do Hospital (75%), logo seguido do Centro de Saúde (45%).

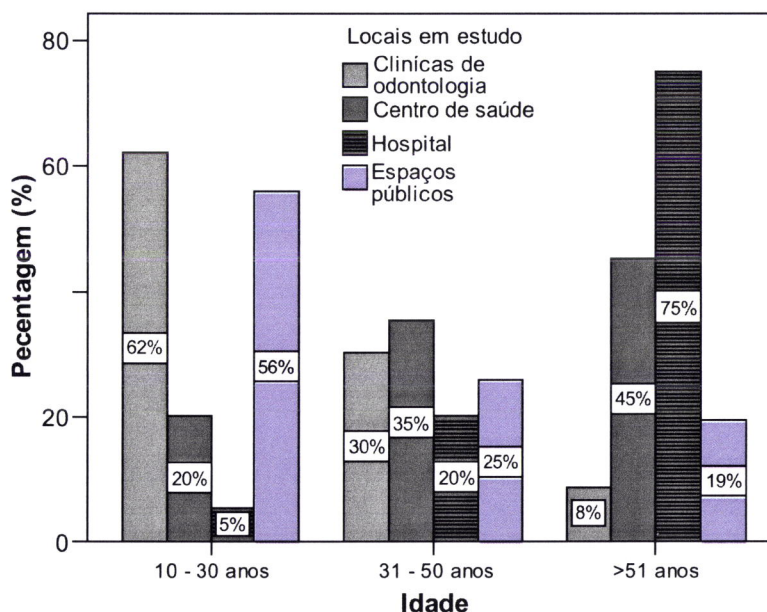


Figura 7.2. – Gráfico de barras relativo aos grupos de idade dos sujeitos inquiridos por local de entrevista.

A análise estatística dos dados relativos aos questionários aplicados a utentes antes da consulta com o profissional de saúde, a utentes depois da consulta com o profissional de saúde e a indivíduos não doentes, nos quatro locais de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos), relevou que o grupo etário correspondente a jovens adultos (10-30 anos) é aquele que frequenta, com maior regularidade, o estabelecimento de saúde Clínicas de Odontologia. Demonstrou, também, que o grupo etário, adultos maduros, com idade igual ou superior a 51 anos é aquele que frequenta mais os estabelecimentos de saúde Hospital e Centro de Saúde.

Os resultados acima apresentados estão de acordo com o que seria esperado, visto que, o estabelecimento de saúde Clínicas de Odontologia é um estabelecimento procurado pelos utentes para problemas ao nível da saúde oral e que, portanto, estão associados a problemas de saúde de menor gravidade e que preocupam mais os indivíduos mais jovens do que os mais velhos.

Ao contrário dos jovens, os indivíduos mais velhos procuram mais os cuidados de saúde do Hospital e do Centro de Saúde, pelo facto de serem estabelecimentos associados a problemas de saúde mais graves e que são procurados pelos utentes quando estão doentes (com uma doença aguda ou crónica), a cumprir um tratamento recomendado pelo profissional de saúde e que, não raramente, necessitam de acompanhamento médico periódico, da realização de exames, entre outro aspectos.

Estes resultados são consistentes com o que refere Taylor (2003), relativamente ao uso dos serviços de saúde. Segundo a autora (Taylor, 2003), as crianças e as pessoas mais velhas utilizam mais os serviços de saúde do que os indivíduos jovens e adultos. Tal parece estar relacionado não só com o facto do sistema imunitário das crianças ainda não estar completamente desenvolvido e o das pessoas mais velhas revelar problemas de funcionamento, mas também, com o facto das pessoas idosas terem maior disponibilidade e menores recursos financeiros e, por isso, procurarem mais os serviços de saúde públicos.

No que diz respeito à distribuição dos sujeitos inquiridos segundo o sexo, pode referir-se que, os indivíduos do sexo feminino parecem recorrer em maior número, a qualquer dos locais de entrevista, do que os sujeitos do sexo masculino (figura 7.3.).

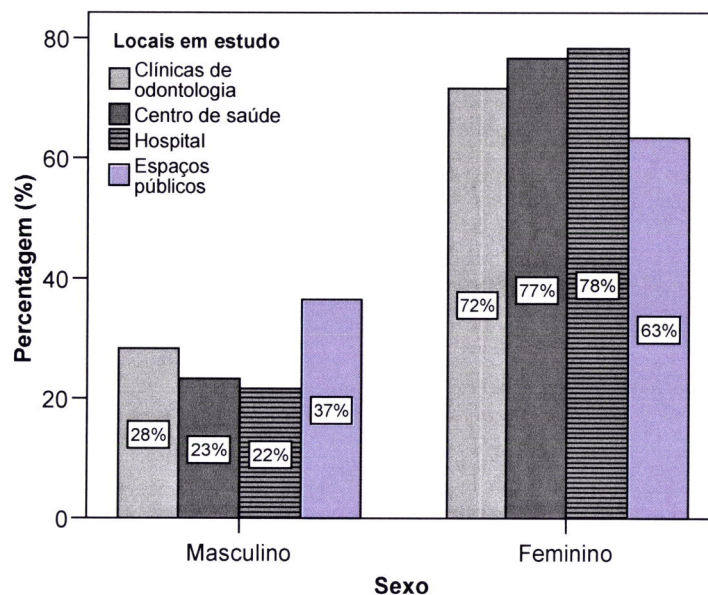


Figura 7.3. – Gráfico de barras relativo ao sexo dos sujeitos inquiridos por local de entrevista.

O estudo revelou, também, que os indivíduos do sexo feminino frequentam mais os estabelecimentos de saúde do que os sujeitos do sexo masculino. Segundo Taylor (2003), as mulheres recorrem mais aos serviços de saúde do que os homens por vários motivos. O facto de existir um maior número de mulheres não trabalhadoras ou trabalhadoras em *part-time* faz com que as mulheres tenham maior disponibilidade para recorrer aos serviços de saúde. As mulheres parecem ter, também, melhores mecanismos homeostáticos do que os homens e, por isso, sentem alterações no corpo mais rapidamente do que os homens.

Finalmente, as diferentes expectativas relativamente ao comportamento dos indivíduos de cada sexo é outro factor importante. Dos homens espera-se um comportamento de “macho” que inclui o não ceder à dor, aspecto que não está contemplado para o sexo feminino (Taylor, 2003). Pode acrescentar-se, ainda, o facto das mulheres terem uma esperança média de vida superior à dos homens, o que faz com que tenham problemas de saúde associados com o processo de envelhecimento e procurem, com maior regularidade, os cuidados de saúde.

Quanto ao estado civil dos sujeitos inquiridos e distribuídos pelos locais de entrevista, a figura 7.4., mostrou que os indivíduos solteiros recorrem aos serviços de saúde das Clínicas de Odontologia em cerca de 53% dos casos. Ao Centro de Saúde de Faro e ao Hospital Distrital de Faro recorrem cerca de 65% dos indivíduos com

estado civil casado. Cerca de 12% dos sujeitos com estado civil viúvo ou divorciado, recorrem ao Hospital Distrital de Faro (figura 7.4.).

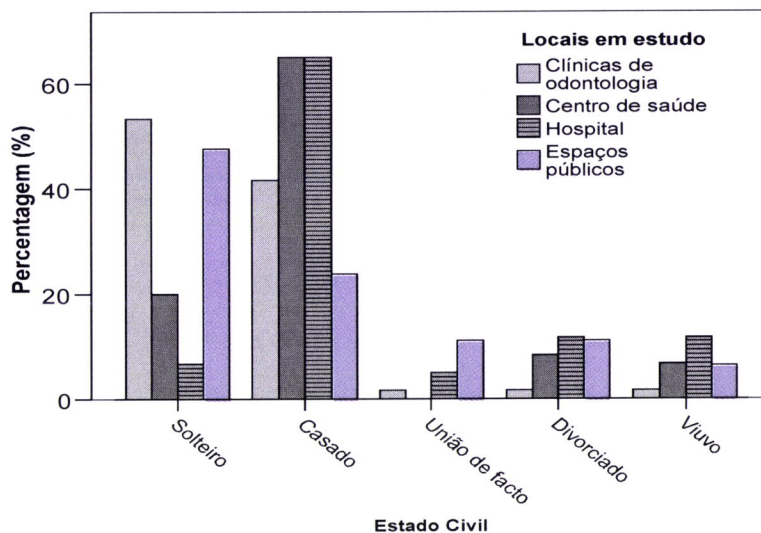


Figura 7.4. – Gráfico de barras relativo ao estado civil dos sujeitos inquiridos por local de entrevista.

A análise da figura 7.5. parece indicar que os utentes do Hospital completaram o 1º Ciclo do Ensino Básico (52%). As Clínicas de Odontologia são, essencialmente, procuradas por indivíduos com uma habilitação literária superior ao 3º Ciclo do Ensino Básico. Nas categorias desde o 2º Ciclo ao nível mais elevado o Hospital parece ser o estabelecimento de saúde menos requerido.

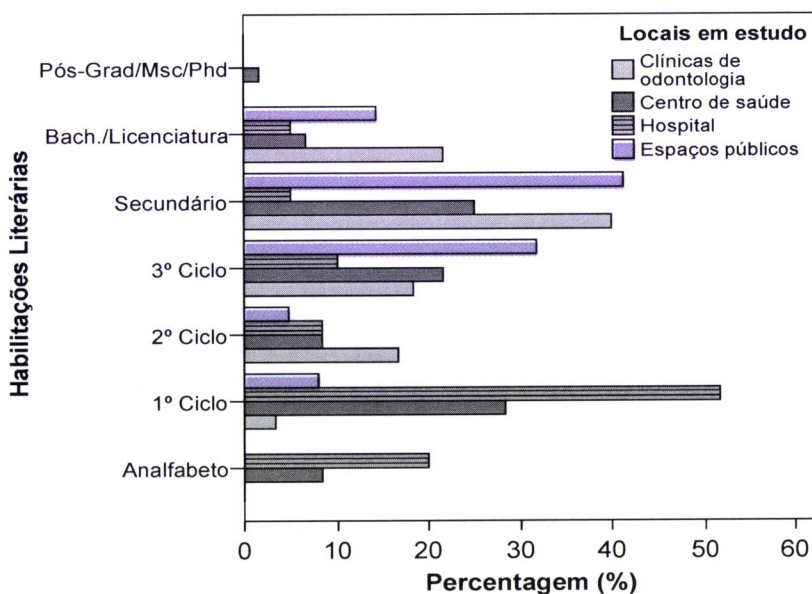


Figura 7.5. – Gráfico de barras relativo às habilitações literárias dos sujeitos inquiridos por local de entrevista.

Os resultados parecem indicar que os utentes do Hospital são os que apresentam habilitações literárias mais baixas, cerca de 52% dos inquiridos neste estabelecimento de saúde completou apenas o 1º Ciclo do Ensino Básico e aproximadamente 20% nunca estudou. Não nos podemos, no entanto esquecer, que estes indivíduos são os que se situam numa faixa etária mais elevada e que poderão não ter tido a oportunidade de estudar.

Os utentes das Clínicas de Odontologia parecem ser os que possuem um nível de escolaridade mais elevado. Este facto pode estar relacionado não só com o nível de informação e preocupação com a saúde oral dos indivíduos com habilitações literárias mais elevadas, mas também, com o facto destes sujeitos terem maior poder económico e poderem suportar, maior número de vezes, os custos de uma consulta privada de odontologia. Os dados revelam, que este grupo de indivíduos é o que frequenta mais os estabelecimentos de saúde privados (92% dos utentes das Clínicas de Odontologia revelaram utilizar estabelecimentos de saúde privados).

Quanto ao estado de saúde dos inquiridos pode depreender-se que aqueles que frequentam o Centro de Saúde e o Hospital se consideram doentes em 56% e 73% dos casos, respectivamente, enquanto que 44% e 27% dos utentes destes estabelecimentos de saúde não se consideram doentes (figura 7.6.). Relativamente aos indivíduos inquiridos nos Espaços Públicos, há a referir que, a maior parte (79%) considera não estar doente e apenas 21% dos indivíduos inquiridos neste local refere que sofre, no momento, de um problema de saúde (figura 7.6.)

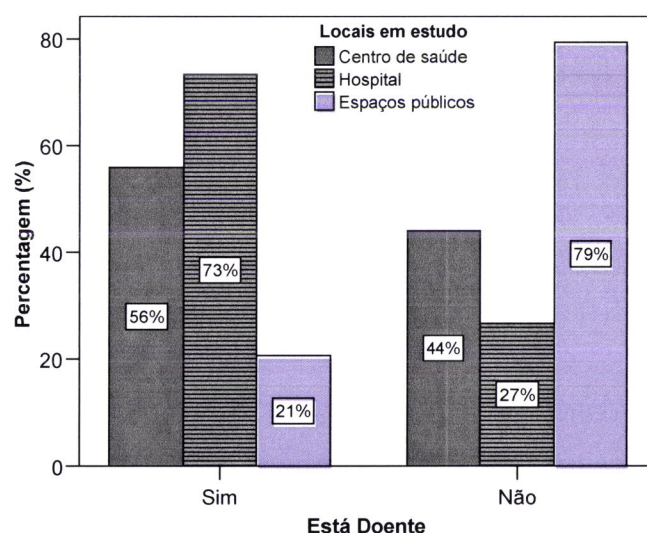


Figura 7. 6 – Gráfico de barras relativo ao estado de saúde dos sujeitos inquiridos por local de entrevista.

No que diz respeito ao estabelecimento de saúde a que recorrem os sujeitos inquiridos, pode verificar-se que a maioria refere que recorre aos estabelecimentos de saúde públicos (cerca de 58%). Aproximadamente 36% recorre a estabelecimentos privados e apenas 6% recorre a ambos os estabelecimentos (públicos e privados).

A figura 7.7. mostra a distribuição dos inquiridos pelo local de entrevista a que preferem recorrer. Os sujeitos inquiridos no Hospital Distrital de Faro, no Centro de Saúde de Faro e nos Espaços Públicos referem que utilizam, com maior frequência, os estabelecimentos de saúde públicos (77% no Hospital, 67% no Centro de Saúde e 83% nos Espaços Públicos). Relativamente aos indivíduos inquiridos nas Clínicas de Odontologia, há a referir que 92% dos utentes utiliza os estabelecimentos de saúde privados (figura 7.7.).

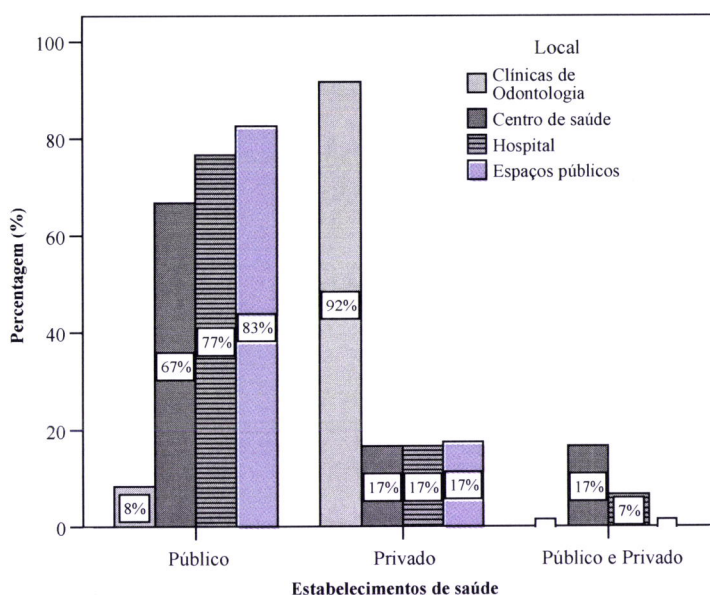


Figura 7.7. – Gráfico de barras relativo ao estabelecimento de saúde a que recorrem os sujeitos inquiridos por local de entrevista.

7.3. Fidelidade dos Instrumentos Utilizados

Dado que alguns itens dos questionários se encontravam relacionados, optou-se por estudá-los conjuntamente, como se de um só se tratassem. Este facto foi possível pela realização do somatório das pontuações relativas a esses itens. Assim, foram criados seis somatórios: Consequências da Situação de Doença para Si Mesmo (*score*), Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos (*score*), *Compliance* com os Tratamentos Prescritos pelo Médico (*score*), *Compliance* com os

Tratamentos Prescritos pelo Médico Dentista (*score*), Satisfação com a Consulta Médica (*score*) e Satisfação com as Consultas Médicas no Geral (*score*).

O item Consequências da Situação de Doença para Si Mesmo (*score*) resultou do somatório dos seguintes itens do questionário: “Perder o emprego ou a ocupação profissional”; “Não ter dinheiro para cumprir o tratamento prescrito pelo médico”; “Ficar dependente dos outros”; “Ter dificuldades no relacionamento com familiares e amigos”.

O item Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos (*score*), foi obtido pelo somatório dos itens do questionário: “Os meus familiares e amigos podem perder o emprego ou a ocupação profissional”; “Os meus familiares e amigos podem ter que despende muito tempo para cuidar de mim”; “Os meus familiares e amigos podem ter que me fornecer ajuda financeira”; “Os meus familiares e amigos podem ter dificuldades no relacionamento comigo”.

Os itens *Compliance* com os Tratamentos Prescritos pelo Médico (*score*) e *Compliance* com os Tratamentos Prescritos pelo Médico Dentista (*score*), resultaram do somatório dos seguintes itens do questionário: “Faço o tratamento de forma correcta, nos horários e vezes recomendados pelo médico”; “Paro a medicação ou o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer”; “Paro a medicação ou o tratamento quando me sinto melhor”; “Paro a medicação ou o tratamento quando sinto que me está a fazer mal a outra coisa” e “Costumo cumprir o tratamento prescrito pelo médico nos horários e vezes recomendados e até ao final”.

Os itens Satisfação com a Consulta Médica (*score*) e Satisfação com as Consultas Médicas no Geral (*score*), resultaram do somatório dos seguintes itens do questionário: “O médico fornece toda a informação necessária à compreensão do tratamento que prescreve e do estado de saúde”; “O médico encoraja-me a fazer perguntas”; “O médico demonstra interesse relativamente às minhas preocupações”; e “Quando marco uma consulta, o tempo entre a marcação e a consulta é muito longo”.

As medidas da consistência interna dos instrumentos relativos às Consequências da situação de doença para si mesmo, Consequências da situação de doença para os familiares e amigos, *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico, *Compliance* com os tratamentos prescritos pelos médicos odontologistas, Satisfação com a consulta médica e Satisfação com as consultas médicas no geral, aplicados aos inquiridos, foi estudada através do coeficiente Alfa de Cronbach.

Os resultados obtidos para cada dimensão revelaram valores entre 0,630 e 0,848, o que relativamente ao valor de referência de 0,80 (Pestana e Gajeiro, 2003), permitiu considerar que cada dimensão revelou uma moderada ou boa consistência (tabela 7.1.).

Estes valores permitiram, também, associar perguntas entre si e formar as dimensões que se encontram na tabela 7.1.

Tabela 7.1. Valor do Alfa de Cronbach.

	Alfa de Cronbach	Número de itens
Consequências da situação de doença para si mesmo.	,670	4
Consequências da situação de doença para os outros.	,630	4
<i>Compliance</i> com os tratamentos prescritos pelo médico.	,733	5
<i>Compliance</i> com os tratamentos prescritos pelo médico dentista.	,725	5
Satisfação com a consulta médica.	,829	4
Satisfação com as consultas médicas no geral.	,848	4

7.4. Resultados da Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista dos Inquiridos

7.4.1. A Percepção de Gravidade da Doença

Segundo Leventhal et al. (1980) e Lau e Hartman (1983) cit. Whitmarsh, Koutantji e Sidell (2003), as consequências e a curabilidade da doença são dois componentes importantes da percepção da doença. Turk et al. (1986, cit. por Marks et al., 2000) identificaram, num estudo, a responsabilidade pessoal e a controlabilidade da doença como dois factores que influenciam a percepção de gravidade da doença. Assim e, na medida em que, um dos objectivos do presente trabalho de investigação é estudar a percepção de gravidade da doença, considerou-se importante a inclusão dos quatro itens acima indicados nos questionários aplicados aos participantes no estudo.

Relativamente às consequências da doença, no presente trabalho, foi feita a distinção entre as consequências da situação de doença para si mesmo e as consequências para os familiares e amigos do utente. Pretende-se, com a inclusão

destes dois tipos de consequências, avaliar quais são as influências, se existirem, das variáveis referidas na percepção de gravidade da doença e, também, verificar se existem diferenças estatisticamente significativas nestas duas variáveis.

De acordo com Croyle e Ditto (1990 cit. por Taylor, 2003), os factores de risco muito comuns são, geralmente, considerados menos perigosos do que factores de risco raros. Assim, quando as pessoas consideram que a sua doença é frequente, geralmente, consideram-na menos perigosa, ou seja, a percepção da frequência com que aparece uma situação de doença como a do paciente é um factor que pode influenciar a percepção de gravidade da doença. Considerou-se, por este motivo, importante a inclusão deste item no contexto da investigação.

O item do questionário relativo à gravidade do problema de saúde que afecta os inquiridos tem como objectivo verificar qual é a percepção que os indivíduos participantes no estudo têm da gravidade do problema de saúde que os afecta.

Pretende-se, então, verificar se há diferenças estatisticamente significativas nos grupos de utentes por local de entrevista, de acordo com as variáveis dependentes (percepção de curabilidade da doença, controlabilidade da doença, frequência com que aparece o problema de saúde, gravidade e responsabilidade pessoal pela doença). Espera-se, relativamente aos grupos de indivíduos inquiridos por local de entrevista, encontrar-se diferenças estatisticamente significativas, de acordo com as variáveis dependentes, uma vez que, a experiência de doente pode ser diferente nos diferentes estabelecimentos de saúde considerados no estudo.

Aplicou-se uma análise de variância ANOVA one way, tendo sido realizado o teste para a homogeneidade das variâncias (teste de Levene) cuja estatística se revelou favorável à aplicação desta técnica multivariada.

São apresentados os resultados do teste de ANOVA na tabela 7.2., para os itens relacionados com a percepção de gravidade da doença, para a globalidade dos sujeitos inquiridos nos três locais de entrevista (Hospital Distrital de Faro; Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro).

Os valores do teste *F* e os valores da probabilidade de significância mostraram que há diferenças entre os grupos *viz.* local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia), para cada item considerado (tabela 7.2).

Os valores do *post-hoc* Tuckey HSD mostraram que o grupo de utentes que recorre às Clínicas de Odontologia revelou valores de média superiores relativamente aos restantes locais de entrevista, para os itens curabilidade, controlabilidade e

responsabilidade pela doença. Para o item frequência o Hospital apresentou valores de média mais elevados do que os restantes locais de entrevista e para o item percepção de gravidade, os valores de média mais elevados foram encontrados nos utentes do Centro de Saúde (tabela 7.3.).

Tabela 7.2. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).

		g.l.	F	p
Curabilidade	Entre grupos	2	32,175	,000
	Dentro dos grupos	131		
	Total	133		
Controlabilidade	Entre grupos	2	4,240	,016
	Dentro dos grupos	132		
	Total	134		
Frequência	Entre grupos	2	9,849	,000
	Dentro dos grupos	134		
	Total	136		
Gravidade	Entre grupos	2	4,917	,009
	Dentro dos grupos	133		
	Total	135		
Responsabilidade	Entre grupos	2	84,621	,000
	Dentro dos grupos	133		
	Total	135		

Tabela 7.3. Estatísticas descritivas: valores da média.

		Média
Clínicas de Odontologia	Curabilidade	3,23
	Controlabilidade	3,20
	Frequência	2,90
	Gravidade	2,03
	Responsabilidade	3,66
Centro de saúde	Curabilidade	1,91
	Controlabilidade	2,88
	Frequência	2,91
	Gravidade	2,70
	Responsabilidade	2,18
Hospital	Curabilidade	2,63
	Controlabilidade	2,83
	Frequência	3,61
	Gravidade	2,40
	Responsabilidade	1,27

Os resultados obtidos através da aplicação dos questionários revelaram dados muito interessantes no que se refere à variável **percepção de gravidade da doença**, bem como para os itens que estão directamente relacionados com ela e que a influenciam. Estes itens são: a curabilidade da doença, a controlabilidade da doença, a frequência com que aparece o problema de saúde e a responsabilidade pessoal pela situação de doença.

A análise dos dados revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas nos grupos de indivíduos por local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) para todos os itens relacionados com a variável percepção de gravidade da doença.

Estes resultados revelam que o estabelecimento de saúde frequentado pelo utente tem influência na sua percepção de gravidade da doença. Mais ainda, a análise estatística revelou que o grupo de indivíduos inquirido no Centro de Saúde considera que a sua doença tem menor curabilidade e maior gravidade do que os indivíduos inquiridos nos restantes estabelecimentos de saúde. Por sua vez, os sujeitos inquiridos nas Clínicas de Odontologia consideram que o seu problema de saúde tem maior curabilidade, maior controlabilidade e menor gravidade do que os sujeitos inquiridos nos restantes locais de entrevista. Estes indivíduos consideram, ainda, que têm maior responsabilidade pelo seu estado de saúde do que os restantes sujeitos. Relativamente ao item frequência com que aparece uma situação de doença como a sua, os sujeitos inquiridos no Hospital revelam valores de média superiores.

Os dados acima apresentados parecem indicar que o estabelecimento de saúde afecta a experiência de doente e isso parece reflectir-se na percepção de gravidade da doença. Assim, os indivíduos que frequentam estabelecimentos de saúde associados a menores riscos (Clínicas de Odontologia) revelam maiores percepções de curabilidade, controlabilidade e responsabilidade pessoal pela doença, facto associado a uma menor percepção de gravidade. Ao contrário destes, os indivíduos inquiridos nos estabelecimentos de saúde mais frequentemente associados a problemas de saúde de maior gravidade (Hospital e Centro de Saúde) revelam maiores percepções de gravidade da doença e, ao mesmo tempo, menor percepção de curabilidade, controlabilidade e responsabilidade pessoal pela doença.

7.4.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para Si Mesmo e para os Familiares e Amigos

Em relação às variáveis consequências da situação de doença para si mesmo e para os familiares e amigos, esperam encontrar-se diferenças significativas nos grupos de sujeitos inquiridos por local de entrevista.

Os resultados do teste de ANOVA apresentados na tabela 7.4., para as consequências da situação de doença para o utente, permitiram verificar que a globalidade dos sujeitos inquiridos nos três locais de entrevista (Hospital; Centro de Saúde e Espaços Públicos) mostrou que os valores da probabilidade de significância foram inferiores a 0,05 do alfa, indicando que há diferenças entre os grupos formados pelos locais de entrevista para todos os itens (tabela 7.4.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD informaram que os utentes do Hospital mostraram valores de média inferiores relativamente aos restantes locais de entrevista, para os itens “perder o emprego ou a ocupação profissional”, “não ter dinheiro para cumprir o tratamento prescrito pelo profissional de saúde”, “ficar dependente de familiares ou amigos” e “consequências da situação de doença para si mesmo”. Para o item “dificuldades de relacionamento com familiares e amigos”, os utentes do Centro de Saúde mostraram valores mais baixos do que os indivíduos inquiridos nos restantes locais de entrevista. Para todos os itens referidos os sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelaram valores de média superiores (tabela 7.5.).

Tabela 7.4. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e *p* = probabilidade de significância).

		g.l.	F	<i>p</i>
Perder o emprego	Entre grupos	2	4,251	,016
	Dentro dos grupos	180		
	Total	182		
Falta de dinheiro	Entre grupos	2	10,143	,000
	Dentro dos grupos	180		
	Total	182		
Dependência	Entre grupos	2	10,998	,000
	Dentro dos grupos	180		
	Total	182		
Dificuldades	Entre grupos	2	8,557	,000
	Dentro dos grupos	180		
	Total	182		
Consequência	Entre grupos	2	14,671	,000
	Dentro dos grupos	180		
	Total	182		

Tabela 7.5. Estatísticas descritivas: valores da média.

		Média
Centro de saúde	Perder o emprego	1,92
	Falta de dinheiro	2,18
	Dependência	2,22
	Dificuldades	1,32
	Consequência	7,63
Hospital	Perder o emprego	1,53
	Falta de dinheiro	1,60
	Dependência	1,83
	Dificuldades	1,42
	Consequência	6,38
Espaços públicos	Perder o emprego	2,05
	Falta de dinheiro	2,32
	Dependência	2,62
	Dificuldades	1,87
	Consequência	8,85

Na tabela 7.6. são apresentados os resultados do teste de ANOVA, para as consequências que uma situação de doença pode ter para os outros (familiares ou amigos do utente). A globalidade dos sujeitos inquiridos nos três locais de entrevista (Hospital Distrital de Faro; Centro de Saúde de Faro e Espaços Públicos) mostrou que os valores da probabilidade de significância foram inferiores a 0,05 do alfa, indicando que há diferenças entre os grupos formados pelos locais de entrevista para cada item considerado (tabela 7.6.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD informaram que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de média superiores relativamente aos restantes locais de entrevista, para todos os itens desta dimensão consequências da situação de doença para os indivíduos mais próximos do utente (tabela 7.7.).

Relativamente aos indivíduos inquiridos no Hospital, estes revelaram valores de média inferiores aos restantes locais de entrevista, para todos os itens desta dimensão consequências da situação de doença para os familiares e amigos, com exceção do item “dificuldades de relacionamento com familiares e amigos” para o qual os indivíduos inquiridos no Centro de Saúde mostraram valores de média mais baixos (tabela 7.7.).

Tabela 7.6. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e *p* = probabilidade de significância).

		g.l.	F	<i>p</i>
Perder emprego (2)	Entre grupos	2	12,438	,000
	Dentro dos grupos	180		
	Total	182		
Dispêndio de Tempo	Entre grupos	2	4,022	,020
	Dentro dos grupos	180		
	Total	182		
Ajuda financeira	Entre grupos	2	9,908	,000
	Dentro dos grupos	180		
	Total	182		
Dificuldades (2)	Entre grupos	2	21,584	,000
	Dentro dos grupos	180		
	Total	182		
Consequência A	Entre grupos	2	21,734	,000
	Dentro dos grupos	180		
	Total	182		

Tabela 7.7. Estatísticas descritivas: valores da média.

		Média
Centro de saúde	Perder emprego (2)	1,28
	Dispêndio de tempo	2,17
	Ajuda financeira	1,95
	Dificuldades (2)	1,37
	Consequência A	6,77
Hospital	Perder emprego (2)	1,07
	Dispêndio de tempo	1,82
	Ajuda financeira	1,63
	Dificuldades (2)	1,42
	Consequência A	5,93
Espaços públicos	Perder emprego (2)	1,60
	Dispêndio de tempo	2,29
	Ajuda financeira	2,38
	Dificuldades (2)	2,19
	Consequência A	8,46

No que diz respeito às variáveis **consequências da situação de doença para si mesmo e consequências da situação de doença para os outros**, os resultados obtidos através das análises estatísticas, parecem indicar que os indivíduos inquiridos nos Espaços Públicos são os menos otimistas relativamente às duas variáveis acima referidas. Assim, estes sujeitos parecem considerar que uma situação de doença teria maiores consequências na sua vida e na vida dos seus familiares e amigos do que os restantes grupos de indivíduos.

Já o grupo inquirido no Hospital revelou valores de média inferiores para os itens relacionados com as variáveis acima referidas, bem como para os *scores* Consequências da situação de doença para si mesmo e Consequências da situação de doença para os outros. Estes resultados parecem indicar que apesar de se encontrarem numa situação de utilização do estabelecimento de saúde com conotação mais negativa, os utentes do Hospital Distrital de Faro consideram que as consequências da situação de doença para si mesmo e para os indivíduos mais próximos, são menores do que os restantes utentes inquiridos.

Parece que os indivíduos utentes do Hospital Distrital de Faro apresentam um maior optimismo irrealista do que os indivíduos inquiridos nos outros locais de entrevista. De acordo com Covey e Davies (2004), o optimismo irrealista é um bom exemplo do desconhecimento das pessoas acerca da sua susceptibilidade para a doença. Assim, os indivíduos tendem a considerar que a sua possibilidade de sofrer de problemas de saúde é menor do que a dos seus pares (Covey e Davies, 2004).

O que está expresso nos resultados obtidos parece estar de acordo com o optimismo irrealista, uma vez que, os indivíduos utentes do estabelecimento de saúde relacionado com problemas mais graves (que envolvem internamento e intervenção cirúrgica) são aqueles que têm menores percepções das consequências da situação de doença, quer para si mesmos, quer para os familiares e amigos.

7.4.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde

Segundo Haynes (1979 cit. por Curtis, 2000; Marks et al., 2000 e Ogden, 1999), o termo *compliance* pode ser definido como a medida em que o comportamento do paciente (em termos de tomar a medicação, seguir um regime dietético ou outras mudanças no estilo de vida) coincide com o conselho médico ou de saúde.

O *compliance* é afectado por muitos factores relacionados com o paciente, com a doença, com o médico, com a família e com o regime de tratamento (Khattab, Abolfotouh, Khan, Humaidi e AlKaldi, 1999).

Com o objectivo de verificar a adesão médica dos indivíduos inquiridos foram inseridos no questionário os itens: “Faço o tratamento de forma correcta, nos horários e vezes recomendados pelo médico”; “Paro a medicação ou o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer”; “Paro a medicação ou o

tratamento quando me sinto melhor”; “Paro a medicação ou o tratamento quando sinto que me está a fazer mal a outra coisa” e “Costumo cumprir o tratamento prescrito pelo médico, nos horários e vezes recomendados e até ao final”. Estes itens foram, posteriormente, somados para definir uma nova dimensão a que se deu o nome de *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico (*score*) e que corresponde à adesão médica dos participantes no estudo. O *compliance* dos indivíduos inquiridos nas Clínicas de Odontologia refere-se ao *compliance* com os conselhos do médico dentista e ao *compliance* com os conselhos médicos no geral.

Homedes (1991, cit. Curtis, 2000), considerou mais de duzentas variáveis que afectam o *compliance* e categorizou-as em cinco aspectos principais: Características do paciente; Características da doença; Características do regime de tratamento; Relação entre o profissional de saúde e o paciente; e Estabelecimento de saúde.

Relativamente às características do paciente, foram estudados, na presente investigação, os factores relativos à situação sociocultural do paciente (habilitações literárias), idade, sexo, estado civil, estabilidade das condições de vida (residência) e factores relacionados com o *non-compliance* (medo, esquecimento e falta de recursos económicos).

Em relação às características da doença, no presente estudo, foram avaliados os factores relativos à percepção individual da gravidade da doença e consequências da situação de doença para si mesmo e para as pessoas mais próximas (familiares e/ou amigos). No que se refere à relação entre o profissional de saúde e o paciente foram estudados, na presente investigação, os factores relacionados com a satisfação do utente com o seu médico e com os médicos em geral e confiança no profissional de saúde do qual é paciente. Relativamente ao estabelecimento de saúde foi analisada a avaliação que os pacientes fazem do estabelecimento de saúde que visitam com maior regularidade e o tipo de estabelecimento de saúde que frequentam aquando da entrevista: Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro.

Pretende-se, então, verificar se há diferenças estatisticamente significativas nos grupos de sujeitos inquiridos por local de entrevista, de acordo com a variável dependente *compliance* e itens com ela relacionados.

O teste de ANOVA (tabela 7.8.) mostrou, para os sujeitos inquiridos nos quatro locais de entrevista (Hospital Distrital de Faro; Centro de Saúde de Faro; Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos) que, os valores da

probabilidade de significância foram inferiores a 0,05 do alfa indicando, assim, resultados significativos para os itens: Faço o tratamento de forma correcta, nos horários e vezes recomendados; Paro o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer; Paro o tratamento quando me sinto melhor; Paro o tratamento quando sinto que me faz mal a outra coisa; Costumo cumprir o tratamento prescrito pelo profissional de saúde, nos horários e vezes recomendados e até ao final; e para o *score compliance* com os tratamento prescritos pelo médico (tabela 7.8.)

Os valores resultantes do teste de *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que o grupo inquirido nos Espaços Públicos evidenciou um distanciamento dos restantes grupos de indivíduos, tendo valores de média inferiores para todas as variáveis consideradas, enquanto os utentes do Hospital revelaram valores de média superiores para todos os itens da dimensão *compliance* com os tratamentos prescritos pelo profissional de saúde (tabela 7.9.)

Tabela 7.8. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e *p* = probabilidade de significância).

		g.l.	F	<i>p</i>
Tratamento	Entre grupos	3	16,552	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Paro atempadamente	Entre grupos	3	11,188	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Paro se me sinto melhor	Entre grupos	3	8,458	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Paro se sinto que faz mal a outra coisa	Entre grupos	3	12,074	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Cumprimento	Entre grupos	3	10,976	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Compliance	Entre grupos	3	20,339	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		

Tabela 7.9. Estatísticas descritivas: valores da média.

		Média
Clínicas de Odontologia	Tratamento	4,65
	Paro atempadamente	4,62
	Paro se me sinto melhor	4,15
	Paro se sinto que faz mal a outra coisa	2,50
	Cumprimento	4,52
	Compliance	20,43
Centro de saúde	Tratamento	4,67
	Paro atempadamente	4,47
	Paro se me sinto melhor	3,63
	Paro se sinto que faz mal a outra coisa	2,63
	Cumprimento	4,52
	Compliance	20,12
Hospital	Tratamento	4,90
	Paro atempadamente	4,93
	Paro se me sinto melhor	4,32
	Paro se sinto que faz mal a outra coisa	3,93
	Cumprimento	4,82
	Compliance	22,90
Espaços públicos	Tratamento	4,08
	Paro atempadamente	3,98
	Paro se me sinto melhor	3,17
	Paro se sinto que faz mal a outra coisa	2,30
	Cumprimento	4,05
	Compliance	17,59

Em relação à variável *compliance* com os tratamentos prescritos pelo profissional de saúde, mais uma vez, os resultados obtidos são extremamente interessantes. A análise estatística dos dados relativos à variável acima referida revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas nos grupos de indivíduos inquiridos por local de entrevista para os itens faço o tratamento de forma correcta, paro o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer, paro o tratamento quando me sinto melhor, paro o tratamento quando sinto que me está a fazer mal a outra coisa e para o *score* dos itens acima referidos e designado por *compliance*.

O estudo parece indicar que os sujeitos pertencentes ao grupo “não doentes” cumprem menor número de vezes a prescrição médica do que os indivíduos inquiridos nos outros locais de entrevista. Os sujeitos que parecem cumprir mais vezes a prescrição são os utentes do Hospital que revelaram valores de média

superiores aos restantes grupos de indivíduos para todos os itens relacionados com o *compliance*.

Mais uma vez o local da entrevista parece ser o factor que verdadeiramente tem influência sobre a variável. O facto do contexto da consulta médica estar muito presente e dos indivíduos se encontrarem numa situação de mal-estar e de procura dos cuidados de saúde é, provavelmente, responsável pela maior percepção de *compliance* dos utentes do Hospital Distrital de Faro.

7.4.4. Satisfação dos Pacientes com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral

De acordo com Curtis (2000), a satisfação dos pacientes com as consultas médicas depende de vários aspectos da consulta, entre os quais se podem destacar os afectivos (apoio emocional e compreensão), os comportamentais (prescrição e explicações adequadas) e os ligados à competência do profissional de saúde (diagnóstico apropriado e encaminhamento adequado para outros serviços).

Ley (1988, cit. por Johnson, Kinsey, Fiddler, Creed e Tomenson, 2004), afirmou que várias investigações indicam que pacientes insatisfeitos com a consulta mostram menores níveis de aceitação da doença, menores níveis de *compliance* com as recomendações médicas, menor compreensão e memorização da informação, maiores níveis de ansiedade e reportam mais sintomas físicos dos efeitos secundários do tratamento.

A satisfação dos pacientes com a consulta médica parece ter influência, de acordo com o anteriormente exposto, nas variáveis *compliance* e percepção de gravidade da doença. Por este motivo, e tendo em consideração os objectivos do presente trabalho, considerou-se importante a inclusão desta variável no contexto da investigação.

A satisfação parece estar dependente de vários aspectos relacionados com a consulta médica e com os profissionais de saúde. Estes podem ter diferentes atitudes de acordo com o local onde consultam os seus pacientes. Provavelmente, um médico numa consulta particular tem mais tempo para os seus pacientes do que um médico que trabalhe num estabelecimento de saúde público, porque este tem que atender um grande número de utentes por dia e num curto período de tempo. Assim, provavelmente, o tempo despendido com cada paciente pode ser menor e os

pacientes podem considerar este aspecto menos positivo e mostrar níveis mais elevados de insatisfação com a consulta médica.

Relativamente à satisfação dos pacientes com a consulta médica, no presente trabalho, foi feita a distinção entre satisfação com a consulta médica (satisfação com o seu médico) e satisfação com as consultas médicas no geral.

De acordo com o anteriormente referido, espera-se que a análise estatística dos dados revele diferenças estatisticamente significativas nos grupos de sujeitos inquiridos por local de entrevista, de acordo com as variáveis dependentes confiança no profissional de saúde, avaliação do estabelecimento de saúde, satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral, bem como para os itens relacionados com estas variáveis.

Na tabela 7.10. são apresentados os resultados do teste de ANOVA para os itens confiança no profissional de saúde e avaliação do estabelecimento de saúde. Registaram-se, para os sujeitos inquiridos nos quatro locais de entrevista, valores de probabilidade de significância inferiores a 0,05 do alfa, indicando que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos formados pelos locais de entrevista (Hospital Distrital de Faro; Centro de Saúde de Faro; Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos) para os dois itens considerados (tabela 7.10.).

Os valores resultantes do teste de *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que para a confiança no profissional de saúde e avaliação do estabelecimento de saúde, o grupo de utentes das Clínicas de Odontologia apresentou um valor médio nas pontuações mais elevado do que os restantes grupos de indivíduos, enquanto que o grupo de inquiridos nos Espaços Públicos apresentou o valor de média menos elevado, para os dois itens considerados (tabela 7.11.).

Tabela 7.10. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e *p* = probabilidade de significância).

		g.l.	F	<i>p</i>
Confiança	Entre grupos	3	7,031	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Avaliação do estabelecimento de saúde	Entre grupos	3	23,855	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		

Tabela 7.11. Estatísticas descritivas: valores da média.

		Média
Clínicas de Odontologia	Confiança	3,25
	Avaliação do estabelecimento de saúde	4,10
Centro de saúde	Confiança	3,10
	Avaliação do estabelecimento de saúde	3,45
Hospital	Confiança	3,03
	Avaliação do estabelecimento de saúde	3,58
Espaços públicos	Confiança	2,81
	Avaliação do estabelecimento de saúde	3,08

A relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente é de grande importância para os cuidados médicos. Esta relação e, sobretudo, os aspectos comunicacionais tem sido implicada na adesão do paciente aos tratamentos recomendados pelo profissional de saúde.

De acordo com Ley (1988); Kaplan et al.(1989), cit. por Marks et al. (2000), o aumento da qualidade da comunicação médico – paciente pode resultar em benefícios para o serviço de saúde que incluem, elevada satisfação do paciente com os serviços de saúde, aumento da adesão aos regimes de tratamento, diminuição da ansiedade e *stress* sentidos pelos doentes, uma melhoria na saúde, aumento da prevenção de doenças, a recuperação rápida de uma cirurgia e as estadias menos prolongadas no hospital.

Através da **avaliação** que os utentes fazem do **estabelecimento de saúde** que utilizam com maior frequência e da **confiança** que dizem ter no profissional de saúde do qual são pacientes pode ter-se uma ideia da satisfação dos pacientes com a consulta médica. Desta satisfação resultam níveis mais elevados de adesão à terapêutica recomendada pelo profissional de saúde.

Os inquiridos que referem ter maior confiança no profissional de saúde são os inquiridos nas Clínicas de Odontologia e são, também, os indivíduos que avaliam de forma mais positiva o estabelecimento de saúde que frequentam. Estes resultados parecem poder ser explicados pelo facto do estabelecimento de saúde considerado ser privado e, por isso, dar ao paciente um certo controlo sobre a situação. Se não estiver satisfeito com os profissionais de saúde ou com o estabelecimento de saúde tem sempre a oportunidade de procurar outros cuidados, caso que não acontece com utentes dos outros estabelecimentos de saúde (Hospital ou Centro de Saúde).

Os sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelaram menor confiança no profissional de saúde e fizeram uma avaliação menos positiva do estabelecimento de saúde que utilizam com maior frequência. Mais uma vez, o facto do contexto da consulta não estar presente e o facto destes sujeitos não se encontrarem em situação de mal-estar podem estar relacionados com as diferenças observadas.

Para a variável dependente Satisfação dos pacientes com a consulta médica (tabela 7.12.) e para os itens correspondentes, por local de entrevista (Hospital; Centro de Saúde; Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) dos sujeitos inquiridos, pode constatar-se que o valor do teste *F* teve um valor de probabilidade de significância associado de $p = 0,000$, pelo que, também neste caso, se aceita a hipótese nula *viz.* há evidências estatísticas significativas de que há pelo menos um valor médio no grupo indivíduos inquiridos pelos locais de entrevista que difere dos restantes (tabela 7.12.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que o grupo formado pelos indivíduos inquiridos nos Espaços Públicos foi aquele que se distinguiu dos restantes pelo seu valor médio mais baixo, o que significa pontuações inferiores para todos os itens da dimensão “satisfação com a consulta médica” (tabela 7.13).

Tabela 7.12. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; *F* = estatística e *p* = probabilidade de significância).

		g.l.	F	<i>p</i>
Informação	Entre grupos	3	37,245	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Perguntas	Entre grupos	3	53,135	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Interesse	Entre grupos	3	49,038	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Consulta	Entre grupos	3	22,519	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Satisfação	Entre grupos	3	64,079	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		

Tabela 7.13. Estatísticas descritivas: valores da média.

		Média
Clínicas de Odontologia	Informação	4,78
	Perguntas	4,25
	Interesse	4,75
	Consulta	4,40
	Satisfação	18,18
Centro de saúde	Informação	4,70
	Perguntas	4,62
	Interesse	4,70
	Consulta	3,57
	Satisfação	17,58
Hospital	Informação	4,83
	Perguntas	4,87
	Interesse	4,73
	Consulta	4,02
	Satisfação	18,45
Espaços públicos	Informação	3,48
	Perguntas	2,81
	Interesse	3,19
	Consulta	2,56
	Satisfação	12,03

Para a variável dependente Satisfação dos pacientes com as consultas médicas no geral (tabela 7.14.) e para os itens correspondentes, os resultados do teste de ANOVA mostraram-se todos significativos (os valores de probabilidade de significância revelaram-se inferiores ao valor de alfa comumente considerado de 5%), pelo que, se observaram evidências estatísticas significativas de que há pelo menos um valor médio no grupo de sujeitos inquiridos por local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) que difere no que diz respeito às variáveis consideradas (tabela 7.14.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, informaram que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos e Clínicas de Odontologia revelaram valores de média inferiores aos inquiridos no Hospital e Centro de Saúde, para os itens “os médicos fornecem a informação necessária à compreensão do estado de saúde e do tratamento”, “os médicos encorajam os utentes a colocar questões”, “os médicos demonstram interesse pelas preocupações dos utentes” e para o *score* da Satisfação com as consultas médicas no geral (tabela 7.15.).

Tabela 7.14. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).

		g.l.	F	p
Informação A	Entre grupos	3	9,073	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Perguntas A	Entre grupos	3	18,641	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Interesse A	Entre grupos	3	12,494	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Consulta A	Entre grupos	3	7,343	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Satisfação A	Entre grupos	3	12,172	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		

Tabela 7.15. Estatísticas descritivas: valores da média.

		Média
Clínicas de Odontologia	Informação A	2,97
	Perguntas A	2,78
	Interesse A	3,22
	Consulta A	3,35
	Satisfação A	12,32
Centro de saúde	Informação A	3,73
	Perguntas A	3,70
	Interesse A	3,87
	Consulta A	3,30
	Satisfação A	14,60
Hospital	Informação A	3,93
	Perguntas A	4,00
	Interesse A	3,95
	Consulta A	2,65
	Satisfação A	14,53
Espaços públicos	Informação A	3,06
	Perguntas A	2,63
	Interesse A	2,81
	Consulta A	3,83
	Satisfação A	12,33

No que diz respeito às variáveis **satisfação dos pacientes com a consulta médica e satisfação dos pacientes com as consultas médicas no geral**, os resultados obtidos através das análises estatísticas, parecem indicar que o grupo de indivíduos inquirido nos Espaços Públicos está menos satisfeitos com as consultas médicas do

que os restantes grupos de indivíduos. Recorde-se que estes sujeitos parecem referir que tem menor confiança no profissional de saúde e parecem avaliar de forma menos positiva os estabelecimentos de saúde que frequentam.

Os indivíduos que parecem mais satisfeitos com as consultas médicas e com as consultas médicas em geral são os utentes do Hospital Distrital de Faro.

Estes resultados parecem indicar que os indivíduos, quando inquiridos no contexto de utilização de um estabelecimento de saúde, são mais otimistas relativamente aos aspectos da consulta médica e parecem dizer-se mais satisfeitos com os profissionais de saúde. No caso dos questionários serem aplicados num contexto de não utilização de um estabelecimento de saúde, os indivíduos dizem-se menos satisfeitos com a consulta médica e com os itens relacionados com esta variável. Tal facto parece indicar que os indivíduos “não doentes” mostram níveis de satisfação inferiores aos dos indivíduos doentes.

Não deixa, no entanto, de ser curioso que os sujeitos inquiridos nas Clínicas de Odontologia estejam muito mais satisfeitos com a consulta médica do que com as consultas médicas no geral. Provavelmente esta diferença deve-se ao facto dos utentes das Clínicas de Odontologia estarem a referir-se, na primeira satisfação, ao seu médico odontologista, um médico de medicina privada e na segunda satisfação estarem a referir-se a um médico de medicina pública.

7.4.5. O Tipo de Doença

As doenças podem ser classificadas de acordo com o tempo que duram os seus sintomas. De acordo com Coutinho (1980), as doenças agudas são doenças que se estabelecem subitamente e têm uma evolução rápida, enquanto que as doenças crónicas são doenças que se mantêm durante muito tempo ou que evoluem bastante lentamente.

Os sujeitos procuram cuidados de saúde diferentes de acordo com o tipo de doença que consideram ter. Geralmente, as pessoas consideram o Hospital como um local mais procurado para doenças mais graves, relacionadas, frequentemente, com a necessidade de uma intervenção cirúrgica e com internamentos mais ou menos prolongados. O médico de família, no Centro de Saúde, é o profissional de saúde que acompanha há longo tempo o utente e, por isso, conhece a sua história clínica.

De acordo com o anteriormente estabelecido, espera-se que a análise estatística dos dados revele a existência de diferenças estatisticamente significativas nos grupos de sujeitos inquiridos por local de entrevista, de acordo com a variável dependente tipo de doença.

Para o efeito aplicou-se um teste de Qui-Quadrado o qual revelou um valor de probabilidade de significância de $p = 0,122$, logo, superior a 0,05 não há evidências estatísticas de que o local de entrevista influencie a percepção do Tipo de Doença que os sujeitos inquiridos consideram ter. O coeficiente V de Cramer revelou um valor de coeficiente de dependência das variáveis fraco: 0,198 (medida de associação) (tabelas 7.16. e 7.17.).

Tabela 7.16. Frequências esperadas e observadas para o Tipo de Doença e o Local de Entrevista.

		Tipo Doença		Total	
		Aguda	Crónica		
Local	Centro de saúde	Observado	7	23	30
		Esperado	9,8	20,2	30,0
	Hospital	Observado	13	18	31
		Esperado	10,2	20,8	31,0
Total		Observado	20	41	61
		Esperado	20,0	41,0	61,0

Tabela 7.17. Teste de Qui-Quadrado: parâmetros do teste e medida de associação – Cramer V.

	Estatística de teste	g.l.	p
Pearson:Qui-Quadrado	2,394 ^b	1	,122
Coefficiente de Cramer V	,198		,122
N	61		

b. 0 células (0%) com frequência esperada menor do que 5. O mínimo esperado é 9,8.

Relativamente ao tipo de doença que os sujeitos inquiridos consideram ter, a análise estatística dos dados revelou que não há diferenças nas respostas dos utentes, de acordo com o estabelecimento de saúde que frequentam.

Assim, parece poder dizer-se que o estabelecimento de saúde não tem influência na percepção do tipo de doença que os utentes consideram ter.

7.5. Resultados da Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista e o Grupo de Indivíduos

7.5.1. A Percepção de Gravidade da Doença

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Momento da Consulta” (utentes antes da consulta e utentes depois da consulta), do Factor “Local de Entrevista” (Hospital Distrital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Percepção de Gravidade da Doença” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera que o momento da consulta tenha um efeito na variável gravidade da doença porque antes da consulta com o profissional de saúde, o paciente ainda não teve conhecimento do diagnóstico e isso pode afectar a sua percepção de gravidade da doença. Espera-se, também, que o factor local de entrevista tenha um efeito na variável dependente percepção de gravidade da doença.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) tem um efeito na variável dependente percepção de gravidade da doença, visto que $F_{(5, 135)} = 5,127; p < 0,007$ (tabela 7.18.).

Quanto à variável momento da consulta (utentes antes da consulta e utentes depois da consulta), não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que $F_{(5, 135)} = 1,189; p < 0,278$. O mesmo aconteceu relativamente à interacção entre os dois factores (local de entrevista e momento da consulta), visto que $F_{(5, 135)} = 2,240; p < 0,111$. Estes resultados indicam que o momento da consulta e a interacção entre o momento da consulta e o local de entrevista não têm um efeito significativo na variável dependente percepção de gravidade da doença (tabela 7.18.).

Embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável momento da consulta na variável percepção de gravidade da doença, os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, informaram, no que diz respeito ao local de entrevista, que o valor médio sofreu, para as Clínicas

de Odontologia, um decréscimo e para o Centro de Saúde e Hospital sofreu um ligeiro aumento (tabela 7.19. e figura 7.8.).

Tabela 7.18. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

Dependent Variable: Gravidade			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	5,127	,007
Antes e depois da consulta	1	1,189	,278
Local * Antes e depois da consulta	2	2,240	,111

Tabela 7.19. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Gravidade		
Local	Antes ou depois da consulta	Média
Clínicas de Odontologia	Antes	2,13
	Depois	1,93
	Total	2,03
Centro de saúde	Antes	2,35
	Depois	3,06
	Total	2,70
Hospital	Antes	2,36
	Depois	2,43
	Total	2,40

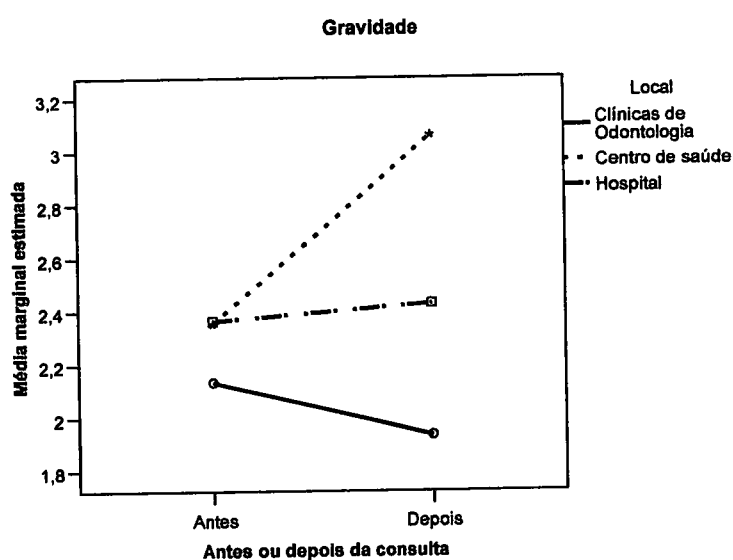


Figura 7.8 . Gráfico de perfil da Percepção de Gravidade da Doença dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

A análise estatística dos dados revela que o local de entrevista é, de facto o factor que tem efeito na variável dependente percepção de gravidade da doença. Assim, parece poder dizer-se que a experiência de doente e a percepção que os utentes têm da gravidade do seu problema de saúde estão relacionadas com a percepção que os sujeitos têm do estabelecimento de saúde onde são inquiridos.

Os sujeitos que parecem indicar menores percepções de gravidade da doença são os inquiridos nas Clínicas de Odontologia, provavelmente por este ser um estabelecimento de saúde não associado à procura de cuidados de saúde que envolvam risco de vida. Ao contrário destes, os sujeitos inquiridos no Centro de Saúde são os que consideram que o seu problema de saúde tem maior gravidade, provavelmente pelo facto de muitos dos utentes que frequentam este estabelecimento de saúde serem doentes crónicos, que conhecem muito bem a sua doença e as suas limitações e que necessitam de acompanhamento médico permanente, que lhes é dado pelo médico de família.

Pese embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito do momento da consulta na variável percepção de gravidade da doença, parece relevante referir que depois da consulta os utentes das Clínicas de Odontologia revelam menores percepções de gravidade da doença do que antes da consulta com o profissional de saúde. No Hospital e no Centro de Saúde o processo parece ser inverso, os utentes antes da consulta apresentam menores percepções de gravidade da doença do que depois de terem tido conhecimento do diagnóstico.

7.5.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para Si Mesmo e para os Familiares e Amigos

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Momento da Consulta” (utentes antes da consulta e utentes depois da consulta), do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Consequências da Situação de Doença para si Mesmo” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, então, que o factor local de entrevista e o factor momento da consulta tenham um efeito estatisticamente significativo na variável dependente consequências da situação da doença para si mesmo.

A observação da tabela 7.20. permite concluir que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) tem um efeito na variável dependente consequências da situação de doença para si mesmo, visto que, $F_{(3; 119)} = 7,441$; $p < 0,007$ (tabela 7.20.).

Quanto à variável momento da consulta (utentes antes da consulta e utentes depois da consulta), não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que, $F_{(3; 119)} = 1,271$; $p < 0,262$. O mesmo aconteceu relativamente à interação entre os dois factores (local de entrevista e momento da consulta), visto que $F_{(3; 119)} = 2,446$; $p < 0,121$ (tabela 7.20.).

Pese embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável momento da consulta na variável dependente consequências da doença para si mesmo, os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, informaram que para o Centro de Saúde se observou que depois da consulta houve uma diminuição do valor médio enquanto que no Hospital Distrital de Faro observou-se um aumento do valor médio (tabela 7.21. e figura 7.9.).

Tabela 7.20. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para Si Mesmo por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

Dependent Variable: Consequência			
Fonte	g.l.	F	p
Local	1	7,441	,007
Antes e depois da consulta	1	1,271	,262
Local * Antes e depois da consulta	1	2,446	,121

Tabela 7.21. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Consequência		
Local	Antes ou depois da consulta	Média
Centro de saúde	Antes	7,73
	Depois	7,53
	Total	7,63
Hospital	Antes	5,77
	Depois	7,00
	Total	6,38

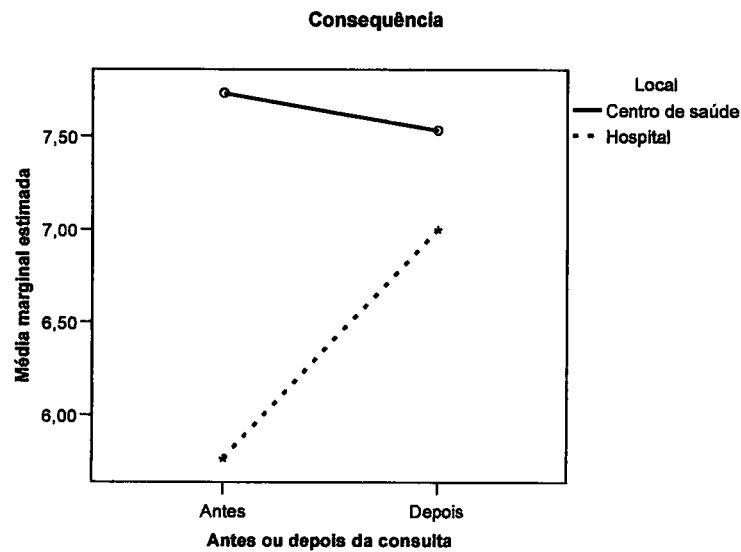


Figura 7.9 . Gráfico de perfil das Consequências da Doença para Si Mesmo divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Momento da Consulta” (utentes antes da consulta e utentes depois da consulta), do Factor “Local de Entrevista” (Hospital Distrital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, com esta análise, que o factor local de entrevista e o factor momento da consulta tenham um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente considerada.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) tem um efeito na variável dependente consequências da situação de doença para os outros, visto que $F_{(3; 119)} = 4,572; p < 0,035$ (tabela 7.22.).

Quanto à variável momento da consulta (utentes antes da consulta e utentes depois da consulta), não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, já que $F_{(3; 119)} = 2,926; p < 0,090$. O mesmo aconteceu relativamente à interacção entre os dois factores (local de entrevista e momento da consulta), visto que $F_{(3; 119)} = 1,873; p < 0,174$ (tabela 7.22.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, informaram que para o Centro de Saúde e Hospital se observou que depois da consulta houve um aumento do valor médio (tabela 7.23 e figura 7.10.), pese embora não se tenham encontrado resultados significativos para o efeito da variável momento da consulta na variável dependente consequências da doença para os familiares e amigos.

Tabela 7.22. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

Dependent Variable: ConsequênciaA			
Fonte	g.l.	F	p
Local	1	4,572	,035
Antes e depois da consulta	1	2,926	,090
Local * Antes e depois da consulta	1	1,873	,174

Tabela 7.23. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: ConsequênciaA		
Local	Antes ou depois da consulta	Média
Centro de saúde	Antes	6,70
	Depois	6,83
	Total	6,77
Hospital	Antes	5,33
	Depois	6,53
	Total	5,93

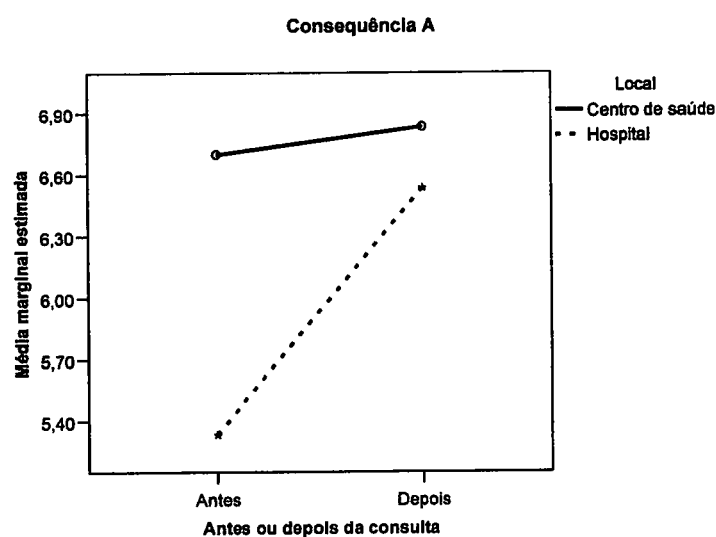


Figura 7.10 . Gráfico de perfil das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

Em relação às variáveis dependentes consequências da situação de doença para si mesmo e consequências da situação de doença para os familiares e amigos há a referir que a variável independente local de entrevista tem um efeito nas variáveis dependentes acima referidas. Relativamente à outra variável independente estudada, o momento da consulta (utentes inquiridos antes da consulta *versus* utentes inquiridos depois da consulta) esta parece não ter influência na percepção das consequências da doença para os indivíduos inquiridos.

Mais uma vez, parece que a experiência de doente difere nos diferentes locais de entrevista, sendo uma variável importante na explicação da percepção das consequências da doença. Parece relevante recordar que os sujeitos inquiridos no Hospital revelam menores percepções das consequências que uma situação de doença pode ter na sua vida e na vida dos seus familiares e amigos enquanto os sujeitos “não doentes” e inquiridos em Espaços Públicos mostram maiores percepções das consequências de uma situação de doença.

Apesar de não se encontrarem resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável independente momento da consulta na variável dependente, Consequências da Doença para Si Mesmo, parece poder dizer-se que no Centro de Saúde os sujeitos depois da consulta apresentam menor percepção das consequências da situação de doença para si mesmo enquanto no Hospital estes sujeitos são os que parecem apresentar maiores consequências da situação de doença para si mesmo.

No que se refere à variável dependente consequências da situação de doença para os familiares e amigos parece que para o Centro de Saúde e Hospital se observa que depois da consulta os sujeitos têm maiores percepções das consequências da situação de doença para os familiares e amigos, pese embora não se tenham registado resultados significativos.

7.5.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Momento da Consulta” (utentes antes da consulta e utentes depois da consulta), do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente:

“*Compliance*” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

A realização da referida análise parte do pressuposto que os factores local de entrevista e momento da consulta têm um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente *compliance* com as recomendações do profissional de saúde.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) tem um efeito na variável dependente estudada, visto que $F_{(5; 179)} = 9,439$; $p = 0,000$ (tabela 7.24.).

Quanto à variável momento da consulta, não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que $F_{(5; 179)} = 2,349$; $p < 0,127$. O mesmo aconteceu relativamente à interação entre os dois factores (local de entrevista e momento da consulta), visto que $F_{(5; 179)} = 0,052$; $p < 0,949$ (tabela 7.24.).

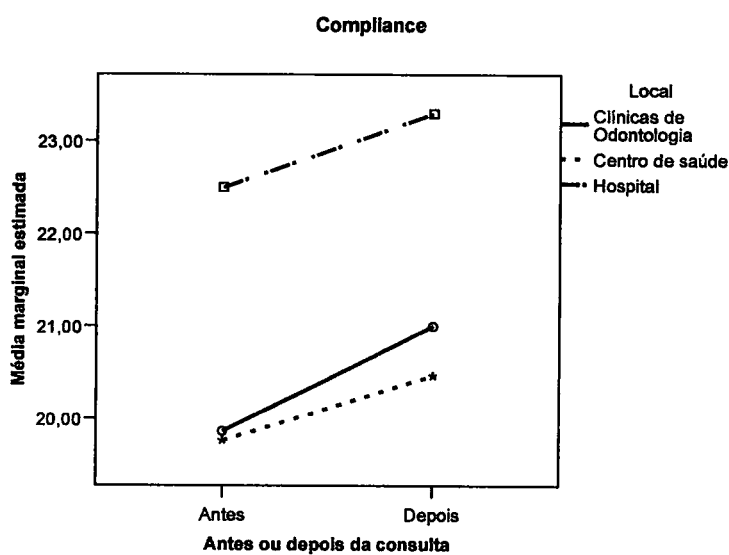
Pese embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável independente momento da consulta na variável dependente *compliance* com as recomendações do profissional de saúde, os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, informaram que para o *compliance* se observou um aumento do valor médio desta variável dependente depois da consulta, nos três Locais de Entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro) (tabela 7.25. e figura 7.11.).

Tabela 7.24. Quadro resultante da análise de variância factorial do *Compliance* por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

Dependent Variable: compliance			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	9,439	,000
Antes e depois da consulta	1	2,349	,127
Local * Antes e depois da consulta	2	,052	,949

Tabela 7.25. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: compliance		
Local	Antes ou depois da consulta	Média
Clínicas de Odontologia	Antes	19,87
	Depois	21,00
	Total	20,43
Centro de saúde	Antes	19,77
	Depois	20,47
	Total	20,12
Hospital	Antes	22,50
	Depois	23,30
	Total	22,90

**Figura 7.11.** Gráfico de perfil do *Compliance* dividido pelas variáveis Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

Para a variável dependente *compliance* com os conselhos do profissional de saúde verificou-se que apenas a variável independente local de entrevista mostrou ter um efeito significativo na variável dependente considerada. Mais uma vez, parece poder referir-se que as expectativas dos indivíduos e as suas percepções são influenciadas pelo local onde ocorre a entrevista.

Relativamente aos indivíduos não doentes, já foi referido anteriormente, que afirmam cumprir menor número de vezes as prescrições médicas do que os restantes grupos de indivíduos. Este aspecto pode ser explicado por diversos factores, talvez os mais relevantes sejam o facto do contexto da consulta não estar presente e dos indivíduos não se encontrarem numa situação de sofrimento ou de mal-estar. Ao

contrário destes, os utentes do Hospital dizem-se mais cumpridores das prescrições médicas.

Apesar de não terem sido encontrados resultados estatisticamente significativos no que diz respeito ao efeito da variável independente momento da consulta na variável dependente *compliance* considera-se relevante referir que a percepção de *compliance* parece aumentar nos indivíduos depois da consulta, nos três estabelecimentos de saúde. Ou seja, parece que depois de conhecerem o diagnóstico os indivíduos consideram mais sensato cumprir a prescrição médica que oferece um alívio dos sintomas sentidos pelo paciente.

Para a variável *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista, apenas se realizou um teste T-Student pois os valores obtidos não permitiram a análise da interação dos dois factores entre si.

A aplicação do teste parte da hipótese nula de que existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelo momento da consulta (utentes antes da consulta e utentes depois da consulta) de acordo com a variável dependente.

Após a aplicação do teste para a diferença de médias verificou-se que relativamente ao momento da consulta (Antes da Consulta com valor médio de 19,47 e um *dp.* = 4,01 e Depois da Consulta com valor médio de 20,00 e um *dp.* = 4,39) não há diferenças estatísticas significativas (tabela 7.26.).

Tabela 7.26. Quadro resultante da aplicação do teste T-test de Student para a variável *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista entre o Grupo de Indivíduos.

		t-test para a igualdade das médias		
		t	g.l.	P (bilateral)
Compliance A	Igualdade de variâncias assumidas	-,491	58	,625

A análise estatística realizada à variável dependente *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista permitiu descobrir que não existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelo momento da consulta.

7.5.4. A Satisfação dos Pacientes com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral

O efeito do Factor “Momento da Consulta”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interação entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Satisfação com a Consulta Médica” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

A realização da referida análise assume, *à priori*, que os factores local de entrevista e momento da consulta têm um efeito estatisticamente significativo na variável dependente em estudo.

Da observação da tabela 7.27. pode concluir-se que não existem evidências estatísticas significativas para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de Entrevista tenha um efeito estatisticamente significativo na variável satisfação com a Consulta Médica ($F_{(5; 179)} = 1,568; p < 0,211$). Quanto à variável momento da consulta, também não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, $F_{(5; 179)} = 0,325; p < 0,569$. O mesmo aconteceu relativamente à interação entre os dois factores ($F_{(5; 179)} = 0,955; p < 0,387$) (tabela 7.27.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, informaram que para a satisfação com a consulta médica se observou um aumento do valor médio desta variável dependente depois da consulta no Hospital e Clínicas de Odontologia e uma diminuição do valor médio depois da consulta no Centro de Saúde (tabela 7.28. e figura 7.12.), embora não se tenham encontrado valores significativos do ponto de vista estatístico.

Tabela 7.27. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com a Consulta Médica por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

Dependent Variable: Satisfação			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	1,568	,211
Antes e depois da consulta	1	,325	,569
Local * Antes e depois da consulta	2	,955	,387

Tabela 7.28. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Satisfação		
Local	Antes ou depois da consulta	Média
Clínicas de Odontologia	Antes	17,87
	Depois	18,50
	Total	18,18
Centro de saúde	Antes	17,87
	Depois	17,30
	Total	17,58
Hospital	Antes	18,13
	Depois	18,77
	Total	18,45

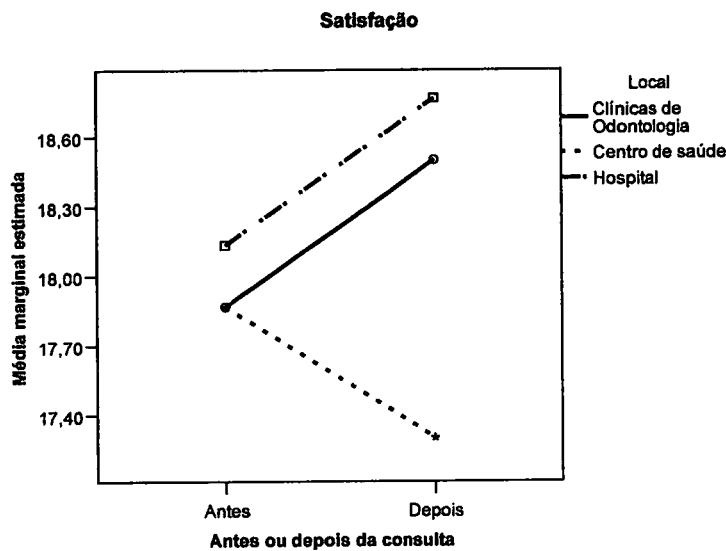


Figura 7.12. Gráfico de perfil da Satisfação com a Consulta Médica dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

O efeito do Factor “Momento da Consulta”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interação entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Satisfação com as Consultas Médicas no Geral” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Como já foi anteriormente referido, espera-se que as variáveis independentes acima referidas tenham um efeito estatisticamente significativo na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral. A não existência de efeito das variáveis independentes na variável dependente permite rejeitar a hipótese nula.

A análise da tabela 7.29. permite concluir que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de

Entrevista tem um efeito na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral, uma vez que, $F_{(5; 179)} = 10,772$; $p = 0,000$ (tabela 7.29.).

No entanto, no que se refere à variável independente momento da consulta, verificou-se que esta não tem um efeito na variável dependente (satisfação com as consultas médicas no geral), note-se que $F_{(5; 179)} = 0,260$; $p < 0,610$ (tabela 7.29.).

Finalmente, em relação à interação entre os dois factores, também não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico ($F_{(5; 179)} = 0,069$; $p < 0,933$) (tabela 7.29.).

Embora não se tenham encontrado evidências estatísticas significativas do efeito da variável momento da consulta na variável satisfação com as consultas médicas no geral, os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que o valor médio foi inferior no grupo de utentes depois da consulta, nos locais de entrevista Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia. No Hospital, o valor médio manteve-se (tabela 7.30 e figura 7.13.).

Tabela 7.29. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

Dependent Variable: Satisfação A			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	10,772	,000
Antes e Depois	1	,260	,610
Local * Antes e Depois da consulta	2	,069	,933

Tabela 7.30. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Satisfação A		
Local	Antes ou depois da consulta	Média
Clínicas de Odontologia	Antes	12,47
	Depois	12,17
	Total	12,32
Centro de saúde	Antes	14,80
	Depois	14,40
	Total	14,60
Hospital	Antes	14,53
	Depois	14,53
	Total	14,53

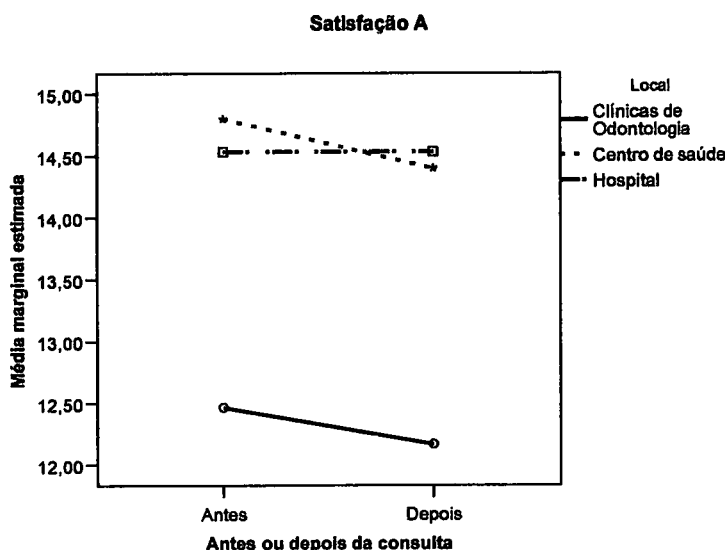


Figura 7.13. Gráfico de perfil da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

A análise estatística dos dados revelou que as variáveis momento da consulta e local de entrevista não têm influência na variável dependente satisfação com a consulta médica, indicando que o local não influencia a percepção de satisfação dos pacientes, assim como, também não existem efeitos do momento da consulta (utentes antes da consulta ou utentes depois da consulta) na variável dependente.

Parece, no entanto curioso referir que os sujeitos inquiridos depois da consulta nas Clínicas de Odontologia e Hospital se revelam mais satisfeitos com a consulta médica do que os inquiridos antes da consulta, facto em oposição aos resultados encontrados para a satisfação dos pacientes com as consultas médicas no geral.

No que diz respeito à variável dependente satisfação dos pacientes com as consultas médicas no geral, a análise estatística dos dados parece indicar que o factor local influencia a percepção de satisfação dos pacientes, mostrando-se os pacientes inquiridos no Hospital Distrital de Faro mais satisfeitos com as consultas médicas do que os restantes grupos de indivíduos. Os sujeitos menos satisfeitos são os inquiridos nos Espaços Públicos.

Mais uma vez, parece poder referir-se que o momento da consulta não tem efeito na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral. Pese embora não se tenham encontrado diferenças estatísticas significativas, parece

interessante referir-se que os sujeitos inquiridos depois da consulta se revelam menos satisfeitos com as consultas médicas do que os inquiridos antes da consulta.

Assim, parece que os indivíduos inquiridos depois da consulta se mostram mais satisfeitos com a consulta do seu médico do que com as consultas médicas no geral, quando inquiridos nas Clínicas de Odontologia. Os utentes do Centro de Saúde de Faro mostraram-se menos satisfeitos depois da consulta médica do que antes da mesma.

Resumo

No presente capítulo foram analisados os efeitos das variáveis independentes analisadas *à priori* (Local da Consulta; Momento da Consulta e Estado de Saúde) nas variáveis dependentes (percepção de gravidade da doença, consequências da situação de doença para si mesmo e para os indivíduos mais próximos, *compliance* com os conselhos médicos, satisfação com o profissional de saúde e profissionais de saúde no geral).

Os resultados obtidos parecem indicar que as variáveis independentes local da consulta e estado de saúde têm um efeito significativo do ponto de vista estatístico nas variáveis dependentes percepção de gravidade da doença, consequências da situação da doença para si mesmo e para os indivíduos mais próximos, *compliance* com os conselhos médicos e satisfação com os profissionais de saúde no geral.

No sub-capítulo que seguidamente se apresenta Capítulo VII – A, são analisados *à posteriori* os efeitos das variáveis independentes Sexo, Habilitações Literárias e Idade nas variáveis dependentes em estudo. Estas variáveis independentes são analisadas *à posteriori*, por serem variáveis cuja análise se mostrou favorável, no decorrer do tratamento estatístico dos dados.

CAPÍTULO VII - A.

Resultados do Efeito das Variáveis Independentes Analisadas *à Posteriori* nas Variáveis Dependentes em Estudo

Introdução

Depois de analisado *à priori* o efeito das variáveis independentes momento da consulta, local da consulta e estado de saúde, nas variáveis dependentes (capítulo VII), serve o presente sub-capítulo para apresentar os efeitos das variáveis independentes analisadas *à posteriori*, as variáveis independentes que não estavam contempladas no *design* do trabalho de investigação, mas cuja análise se revelou favorável.

Consideram-se como variáveis independentes analisadas *à posteriori* o sexo dos inquiridos, as suas habilitações literárias e a idade, que no presente caso aparece classificada em três grupos etários (10-30 anos, jovens adultos, 31-50 anos, adultos e idade superior a 51 anos, adultos maduros).

As variáveis dependentes consideradas no estudo são a percepção de gravidade da doença, as consequências da situação da doença para si mesmo e para os indivíduos mais próximos, o *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico e pelo médico dentista e a satisfação com a consulta médica e consultas médicas no geral.

7.6. Resultados da Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista e o Sexo dos Inquiridos

7.6.1. A Percepção de Gravidade da Doença

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Sexo”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) e da possível interação entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Percepção de Gravidade da Doença” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.



Espera-se, como anteriormente referido, que o factor local de entrevista e o factor sexo tenham um efeito estatisticamente significativo na variável dependente percepção de gravidade da doença.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que não existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro) tem um efeito na variável dependente percepção de gravidade da doença, visto que $F_{(5; 135)} = 2,764$; $p < 0,067$ (tabela 7.31.). Apesar deste resultado não dar significativo do ponto de vista estatístico ele é um valor quase significativo, por estar próximo de 0,05. Além disso, considera-se importante referir que as análises estatísticas anteriormente apresentadas revelam a existência de um efeito da variável independente local de entrevista, na variável dependente percepção de gravidade da doença.

Quanto à variável independente sexo, também não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, veja-se que $F_{(5; 135)} = 0,364$; $p < 0,547$. O mesmo se verificou relativamente à interacção entre os dois factores (local de entrevista e sexo), visto que $F_{(5; 135)} = 0,834$; $p < 0,437$ (tabela 7.31.).

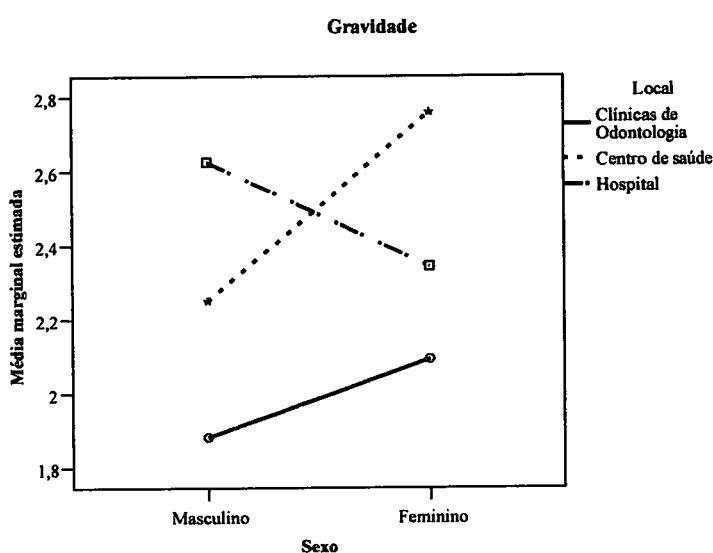
Apesar de não se terem encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável sexo na variável percepção de gravidade da doença, os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que os sujeitos do sexo feminino apresentam um valor médio superior aos do sexo masculino quando inquiridos no Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia, enquanto que os sujeitos do sexo masculino revelam valores de média superiores quando inquiridos no Hospital (tabela 7.32. e figura 7.14.).

Tabela 7.31. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Sexo.

Dependent Variable: Gravidade			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	2,764	,067
Sexo	1	,364	,547
Local *Sexo	2	,834	,437

Tabela 7.32. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Gravidade		
Local	Sexo	Média
Clínicas de Odontologia	Masculino	1,88
	Feminino	2,09
	Total	2,03
Centro de saúde	Masculino	2,25
	Feminino	2,76
	Total	2,70
Hospital	Masculino	2,63
	Feminino	2,34
	Total	2,40

**Figura 7.14.** Gráfico de perfil da Percepção de Gravidade da Doença dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo.

A análise de variância factorial, revelou, que apenas o factor local de entrevista poderá ter um efeito significativo na variável dependente percepção de gravidade da doença. Como já havia sido referido anteriormente, os sujeitos inquiridos no Centro de Saúde são os que manifestam maiores percepções de gravidade do seu problema de saúde, enquanto que os utentes das Clínicas de Odontologia são os que referem menores percepções de gravidade do seu estado de saúde.

Quanto à variável independente sexo, esta parece não ter influência na variável dependente, ou seja, parece que a percepção de gravidade da doença não é influenciada pelo sexo dos sujeitos inquiridos, mas antes pela experiência de utente que vivificam aquando da utilização de um dos estabelecimentos de saúde em estudo.

Contudo, e embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico, as mulheres parecem ter maiores percepções de gravidade do seu estado de saúde quando utilizam o Centro de Saúde ou as Clínicas de Odontologia. Já os homens têm maiores percepções de gravidade do seu estado de saúde quando são utentes do Hospital Distrital de Faro.

7.6.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para Si Mesmo e para os Familiares e Amigos

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Sexo”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) e da possível interação entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Consequências da Situação de Doença para si Mesmo” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, com esta análise, que o factor local de entrevista e o factor sexo tenham um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente consequências da situação da doença para si mesmo.

A observação da tabela 7.33. permitiu concluir que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Espaços Públicos) tem um efeito na variável dependente consequências da situação de doença para si mesmo, visto que, $F_{(5; 182)} = 12,427$; $p = 0,000$ (tabela 7.33.).

Quanto à variável sexo, não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que, $F_{(5; 182)} = 2,087$; $p < 0,150$. O mesmo aconteceu relativamente à interação entre os dois factores (local de entrevista e sexo), visto que $F_{(5; 182)} = 0,117$; $p < 0,890$ (tabela 7.33.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que os sujeitos do sexo feminino apresentam um valor médio superior aos do sexo masculino quando inquiridos nos três locais de entrevista Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos (tabela 7.34. e figura 7.15.), pese embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável sexo na variável consequências da doença para si mesmo.

Tabela 7.33. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Situação de Doença para si Mesmo por Local de Entrevista e Sexo.

Dependent Variable: Consequência			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	12,427	,000
Sexo	1	2,087	,150
Local *Sexo	2	,117	,890

Tabela 7.34. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Consequência		
Local	Sexo	Média
Centro de saúde	Masculino	6,93
	Feminino	7,85
	Total	7,63
Hospital	Masculino	6,00
	Feminino	6,49
	Total	6,38
Espaços públicos	Masculino	8,57
	Feminino	9,03
	Total	8,86

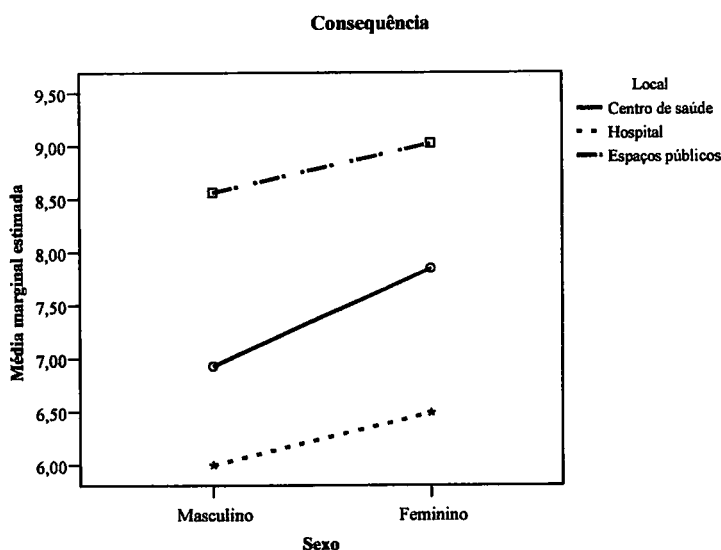


Figura 7.15. Gráfico de perfil das Consequências da Situação de Doença para Si Mesmo divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo.

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Sexo”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Consequências da

Situação de Doença para os Familiares e Amigos” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, com esta análise, que o factor local de entrevista e o factor sexo tenham um efeito significativo na variável dependente considerada. A não observação de efeito das variáveis independentes sobre a variável dependente permite rejeitar a hipótese nula.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) tem um efeito na variável dependente consequências da situação de doença para os outros, visto que $F_{(5; 182)} = 17,915$; $p = 0,000$ (tabela 7.35.).

Quanto à variável independente sexo também se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que $F_{(5; 182)} = 6,327$; $p < 0,013$ (tabela 7.35.).

No que diz respeito à interação entre os dois factores (local de entrevista e sexo), não foram encontrados resultados significativos do ponto de vista estatístico, já que $F_{(5; 182)} = 1,969$; $p < 0,143$ (tabela 7.35.).

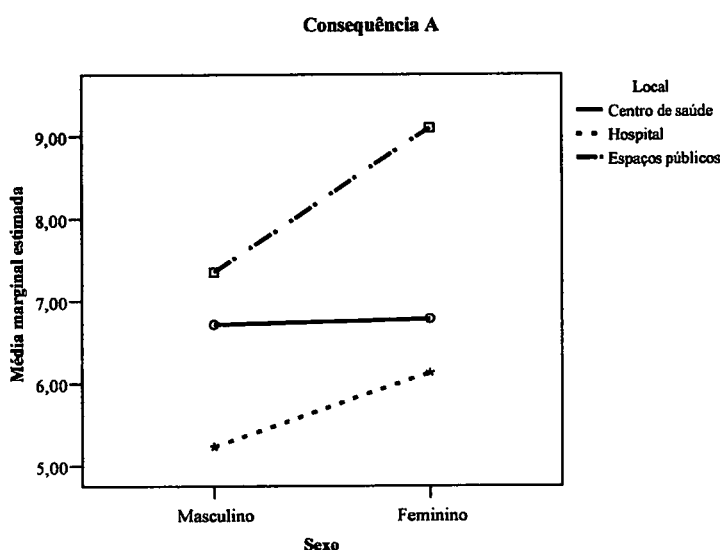
Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que os sujeitos do sexo feminino apresentam um valor médio superior aos do sexo masculino quando inquiridos no Hospital e Espaços Públicos. No que se refere ao Centro de Saúde, o valor médio é semelhante para os dois sexos, pese embora seja ligeiramente superior no sexo feminino (tabela 7.36. e figura 7.16.).

Tabela 7.35. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos por Local de Entrevista e Sexo.

Dependent Variable: Consequência A			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	17,915	,000
Sexo	1	6,327	,013
Local *Sexo	2	1,969	,143

Tabela 7.36. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: ConsequênciaA		
Local	Sexo	Média
Centro de saúde	Masculino	6,71
	Feminino	6,78
	Total	6,77
Hospital	Masculino	5,23
	Feminino	6,13
	Total	5,93
Espaços públicos	Masculino	7,35
	Feminino	9,10
	Total	8,46

**Figura 7.16.** Gráfico de perfil das Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo.

Uma vez mais a análise de variância factorial demonstrou que o factor local de entrevista tem influência nas variáveis dependentes consequências da situação de doença para si mesmo e para os familiares e amigos. Assim, e reforçando as ideias anteriormente apresentadas, parece que a experiência pela qual os indivíduos passam quando utilizam um estabelecimento de saúde é diferente dependendo do tipo de estabelecimento de saúde e do motivo que leva o utente a procurar os cuidados de saúde. Os utentes com menor percepção das consequências de uma situação de doença são os inquiridos no Hospital Distrital de Faro. Relativamente aos indivíduos com maiores percepções das consequências da doença, estes são os inquiridos nos

Espaços Públicos, indivíduos não doentes para quem o contexto da consulta não está presente.

A variável independente sexo parece ter influência na variável dependente consequências da situação de doença para os familiares e amigos do utente. Parece poder referir-se que os sujeitos do sexo feminino revelam maiores percepções das consequências de uma situação de doença para os seus familiares e amigos do que os indivíduos do sexo masculino. As mulheres são, geralmente, responsáveis pela organização e gestão da casa e da família e são, muitas vezes, consideradas indispensáveis para os familiares (marido, filhos e muitas vezes, mesmo para os pais e sogros). Tendo consciência destas obrigações as mulheres podem, então, considerar que uma situação de doença na sua vida teria muitas consequências para os indivíduos que estão mais próximos (familiares e/ou amigos), uma vez que os obrigaria a tomar a responsabilidade da gestão e organização do lar.

7.6.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Sexo”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “*Compliance*” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

A realização da referida análise parte do pressuposto que os factores local de entrevista e sexo têm um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) tem um efeito na variável dependente estudada, visto que $F_{(7; 242)} = 18,004; p = 0,000$ (tabela 7.37.).

Quanto à variável sexo, não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que $F_{(7; 242)} = 0,000; p < 0,984$. O mesmo aconteceu relativamente à interacção entre os dois factores (local de entrevista e sexo), visto que $F_{(7; 242)} = 0,651; p < 0,583$ (tabela 7.37.).

Pese embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável independente sexo na variável dependente *compliance*, os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que os sujeitos do sexo feminino apresentam um valor médio superior aos do sexo masculino quando inquiridos no Centro de Saúde. No que se refere ao Hospital, os sujeitos do sexo masculino revelam valores de média superiores aos do sexo feminino. Nos Espaços Públicos e nas Clínicas de Odontologia, o valor médio é semelhante para os dois sexos (tabela 7.38. e figura 7.17.).

Tabela 7.37. Quadro resultante da análise de variância factorial do *Compliance* por Local de Entrevista e Sexo.

Dependent Variable: compliance			
Fonte	g.l.	F	p
Local	3	18,004	,000
Sexo	1	,000	,984
Local *Sexo	3	,651	,583

Tabela 7.38. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: compliance		
Local	Sexo	Média
Clínicas de Odontologia	Masculino	20,59
	Feminino	20,37
	Total	20,43
Centro de saúde	Masculino	19,21
	Feminino	20,39
	Total	20,12
Hospital	Masculino	23,77
	Feminino	22,66
	Total	22,90
Espaços públicos	Masculino	17,52
	Feminino	17,63
	Total	17,59

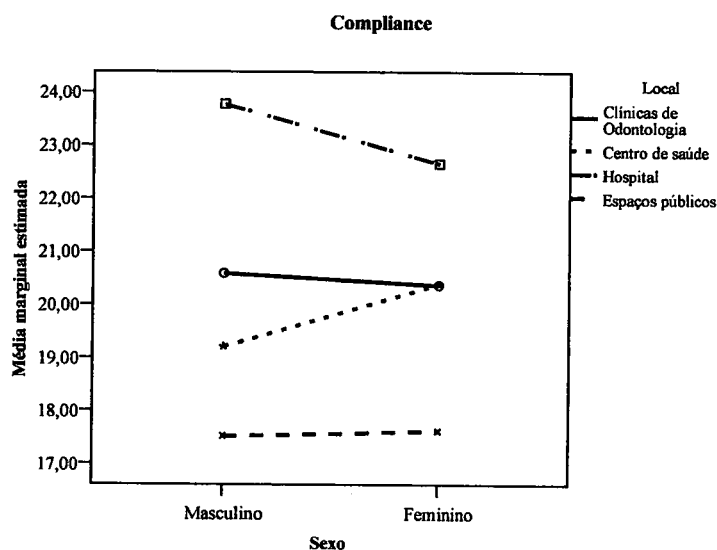


Figura 7.17. Gráfico de perfil do *Compliance* dividido pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo.

A análise de variância factorial revelou um efeito significativo do ponto de vista estatístico da variável independente local de entrevista na variável dependente *compliance*. Parece que os sujeitos inquiridos no Hospital se mostram mais cumpridores das prescrições médicas do que os sujeitos inquiridos noutros estabelecimentos de saúde. Provavelmente, o facto de serem utentes de um estabelecimento de saúde com internamento e associado a intervenções cirúrgicas, faz com que os sujeitos considerem mais sensato cumprir os tratamentos prescritos que oferecem a promessa de diminuição dos sintomas, evitando a intervenção cirúrgica e o consequente internamento do utente.

Os sujeitos não doentes (inquiridos em Espaços Públicos) dizem-se menos aderentes às terapêuticas médicas, provavelmente, por serem inquiridos numa situação em que o contexto da consulta médica não está presente e a sensação de mal-estar também não perturba o indivíduo.

No que se refere à variável independente sexo, esta parece não ter influência na variável dependente, embora se possa referir que os utentes femininos do Hospital cumprem menos vezes as prescrições do que os masculinos. No Centro de Saúde, as mulheres dizem-se mais cumpridoras das recomendações médicas do que os homens e nos Espaços Públicos e Clínicas de Odontologia, a percepção de adesão aos tratamentos médicos por parte dos dois sexos é semelhante.

Para a variável *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista, realizou-se um teste T-Student pois os valores apenas foram obtidos num dos Locais de Entrevista (Clínicas de Odontologia).

Espera-se, no entanto, que existam diferenças estatísticas significativas entre os sexos, de acordo com a variável *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista.

A média feminina foi de 19,74 (*d.p.* = 4,44) e a masculina foi de 19,71 (*d.p.* = 3,55). Após a aplicação do teste para a diferença de médias verificou-se que, entre os sexos, não há diferenças estatísticas significativas (tabela 7.39.).

Tabela 7.39. Quadro resultante da aplicação do teste T-test de Student para a variável *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista, entre os Sexos.

		t-test para a igualdade de médias		
		t	g.l.	p
Compliance A	Igualdade de variancias assumidas	-.032	58	,975

A análise estatística realizada para a variável dependente *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista permitiu descobrir que não há diferenças entre os sexos, no que se diz respeito à variável dependente *compliance*.

Assim, parece poder afirmar-se que os sujeitos dos dois sexos têm percepções semelhantes da adesão aos tratamentos prescritos pelo médico dentista.

7.6.4. A Satisfação dos Pacientes com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral

O efeito do Factor “Sexo”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interação entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Satisfação com a Consulta Médica” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

A realização da referida análise assume, *à priori*, que os factores local de entrevista e sexo têm um efeito significativo na variável dependente em estudo.

Da observação da tabela 7.40. pode concluir-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de Entrevista tem um efeito na satisfação dos sujeitos inquiridos com a consulta médica ($F_{(7, 242)} = 60,497; p = 0,000$). Quanto à variável sexo, também se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, $F_{(7, 242)} = 4,242; p < 0,041$ (tabela 7.40.).

Em relação à interacção entre os dois factores (local de entrevista e sexo), não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, veja-se que $F_{(7, 242)} = 2,297; p < 0,078$ (tabela 7.40.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que, no que diz respeito ao sexo, o sexo feminino apresentou valores médios superiores ao sexo masculino para os Espaços Públicos e Clínicas de Odontologia, no entanto, para o Hospital e Centro de Saúde, o valor médio mostrou-se semelhante nos dois sexos, embora seja ligeiramente superior no sexo masculino (tabela 7.42. e figura 7.18.).

Tabela 7.40. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com a Consulta Médica por Local de Entrevista e Sexo.

Dependent Variable: Satisfação			
Fonte	g.l.	F	p
Local	3	60,497	,000
Sexo	1	4,242	,041
Local *Sexo	3	2,297	,078

Tabela 7.41. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Satisfação		
Local	Sexo	Média
Clínicas de Odontologia	Masculino	16,76
	Feminino	18,74
	Total	18,18
Centro de saúde	Masculino	17,86
	Feminino	17,50
	Total	17,58
Hospital	Masculino	18,54
	Feminino	18,43
	Total	18,45
Espaços públicos	Masculino	10,74
	Feminino	12,78
	Total	12,03

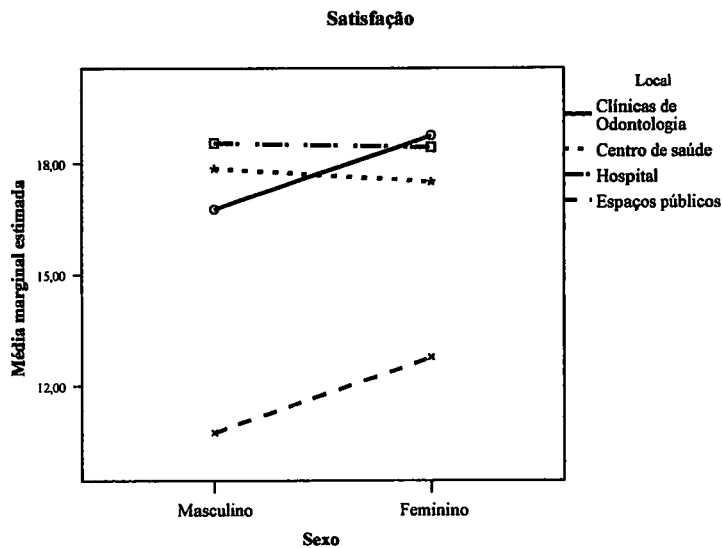


Figura 7.18. Gráfico de perfil da Satisfação com a Consulta Médica dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo

O efeito do Factor “Sexo”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores, relativamente à variável dependente: “Satisfação com as Consultas Médicas no Geral” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Como já foi anteriormente referido, espera-se que as variáveis independentes acima referidas tenham um efeito estatisticamente significativo na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral. A não existência de efeito das variáveis independentes (local de entrevista e sexo) na variável dependente (satisfação com as consultas médicas no geral) permite a rejeição da hipótese nula.

A análise da tabela 7.42. permitiu concluir que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de Entrevista tem influência na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral, uma vez que, $F_{(7; 242)} = 9,652; p = 0,000$ (tabela 7.42.).

No entanto, no que se refere à variável independente sexo, verificou-se que esta não tem um efeito significativo na variável dependente (satisfação com as consultas médicas no geral), note-se que $F_{(7; 242)} = 0,038; p < 0,847$. Finalmente, em relação à interacção entre os dois factores, também não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico ($F_{(7; 242)} = 0,953; p < 0,415$) (tabela 7.42.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que o sexo feminino apresentou valores médios superiores ao sexo masculino para os locais Espaços Públicos e Centro de Saúde, no entanto, para o Hospital e Clínicas de Odontologia, o valor médio mais elevado foi encontrado para o sexo masculino, pese embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico (tabela 7.43. e figura 7.19.).

Tabela 7.42. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Sexo.

Dependent Variable: SatisfaçãoA			
Fonte	g.l.	F	p
Local	3	9,652	,000
Sexo	1	,038	,847
Local *Sexo	3	,953	,415

Tabela 7.43. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Satisfação A		
Local	Sexo	Média
Clínicas de Odontologia	Masculino	12,65
	Feminino	12,19
	Total	12,32
Centro de saúde	Masculino	14,00
	Feminino	14,78
	Total	14,60
Hospital	Masculino	15,15
	Feminino	14,36
	Total	14,53
Espaços públicos	Masculino	11,83
	Feminino	12,63
	Total	12,33

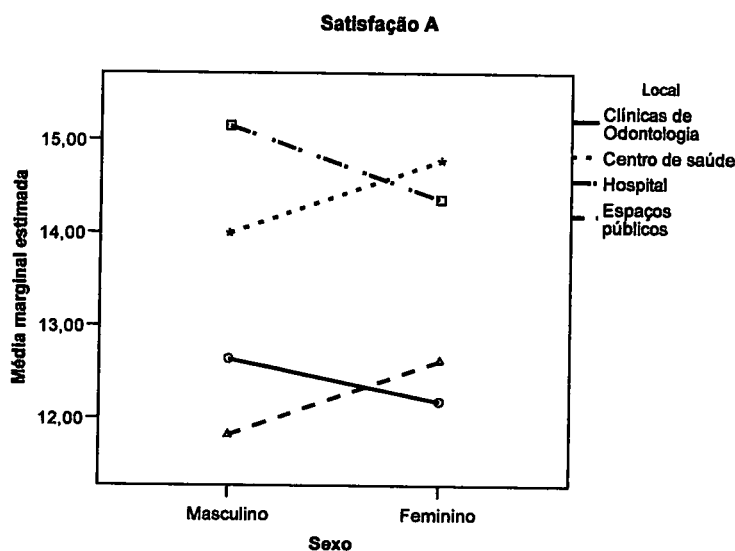


Figura 7.19. Gráfico de perfil da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo

A variável independente local de entrevista parece ter um efeito significativo do ponto de vista estatístico nas variáveis satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral. O sujeitos que se dizem mais satisfeitos com as consultas médicas são os utentes do Hospital e Centro de Saúde, enquanto os indivíduos não doentes revelam menores níveis de satisfação com as consultas médicas. Assim, parece poder afirmar-se que o contexto da entrevista influencia a percepção de satisfação dos indivíduos com as consultas médicas.

Os resultados obtidos parecem indicar que quando um indivíduo necessita dos cuidados de saúde e é inquirido no contexto de utilização de um estabelecimento de saúde, diz-se mais satisfeito com as consultas médicas do que se inquirido numa situação de “não doente”.

Na variável dependente satisfação dos pacientes com a consulta médica tem ainda um efeito significativo a variável sexo. Parece poder dizer-se que as mulheres se encontram mais satisfeitas com os cuidados de saúde se inquiridas nos Espaços Públicos e Clínicas de Odontologia. Para o Hospital e Centro de Saúde as percepções de satisfação são idênticas nos dois sexos.

7.7. Resultados da Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista e as Habilitações Literárias dos Inquiridos

7.7.1. A Percepção de Gravidade da Doença

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Habilitações Literárias”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital Distrital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Percepção de Gravidade da Doença” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, como já foi referido, que o factor local de entrevista e o factor habilitações literárias tenham um efeito estatisticamente significativo na variável dependente percepção de gravidade da doença.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que não existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) tem um efeito na variável dependente percepção de gravidade da doença, veja-se que $F_{(16; 135)} = 1,568; p < 0,213$ (tabela 7.44.).

Quanto à variável independente habilitações literárias, também não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, veja-se que $F_{(16; 135)} = 0,994; p < 0,424$. O mesmo se verificou relativamente à interacção entre os dois factores (local de entrevista e habilitações literárias), visto que $F_{(16; 135)} = 0,547; p < 0,838$ (tabela 7.44.).

Tabela 7.44. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

Dependent Variable: Gravidade			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	1,568	,213
Habilitações Literárias	5	,994	,424
Local *Habilitações Literárias	9	,547	,838

Relativamente à variável percepção de gravidade da doença a análise de variância factorial revelou que não existem evidências estatísticas significativas de

que as variáveis independentes local de entrevista e habilitações literária tenham um efeito na variável dependente.

Assim, parece poder afirmar-se que a percepção de gravidade da doença não é influenciada pelas habilitações literárias dos sujeitos inquiridos.

7.7.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para Si Mesmo e para os Familiares e Amigos

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Habilitações Literárias”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) e da possível interação entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Consequências da Situação de Doença para si Mesmo” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, com esta análise, que os factores local de entrevista e habilitações literárias tenham um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente consequências da situação da doença para si mesmo.

A observação da tabela 7.45. permite concluir que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) tem um efeito na variável dependente consequências da situação de doença para si mesmo, visto que, $F_{(17; 182)} = 6,790; p < 0,001$ (tabela 7.45.).

Quanto à variável habilitações literárias, não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que $F_{(17; 182)} = 1,765; p < 0,109$. O mesmo aconteceu relativamente à interação entre os dois factores (local de entrevista e habilitações literárias), visto que $F_{(17; 182)} = 0,336; p < 0,962$ (tabela 7.45.).

Embora não se tenham encontrado evidências estatísticas do efeito do factor habilitações literárias na variável consequências da doença para si mesmo, os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que os indivíduos com habilitação literária igual ao 2º Ciclo do Ensino Básico apresentam valores médios superiores aos restantes quando inquiridos no Hospital e Espaços Públicos. No Centro de Saúde, o valor médio mais elevado foi encontrado para os sujeitos que completaram um mestrado, uma pós-graduação ou um doutoramento (tabela 7.46. e figura 7.20.).

Tabela 7.45. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Situação de Doença para si Mesmo por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

Dependent Variable: Consequência			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	6,790	,001
Habilitações Literárias	6	1,765	,109
Local *Habilitações Literárias	9	,336	,962

Tabela 7.46. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Consequência		
Local	Habilitações Literárias	Média
Centro de saúde	Analfabeto	6,00
	1º Ciclo	7,82
	2º Ciclo	8,60
	3º Ciclo	8,08
	Secundário	7,40
	Bacharelato/Licenciatura	6,00
	Pós-Grad/Msc/Phd	12,00
	Total	7,63
Hospital	Analfabeto	5,33
	1º Ciclo	6,42
	2º Ciclo	7,60
	3º Ciclo	6,83
	Secundário	6,33
	Bacharelato/Licenciatura	7,33
	Total	6,38
	Espaços públicos	1º Ciclo
2º Ciclo		10,33
3º Ciclo		8,70
Secundário		8,62
Bacharelato/Licenciatura		9,11
Total		8,86

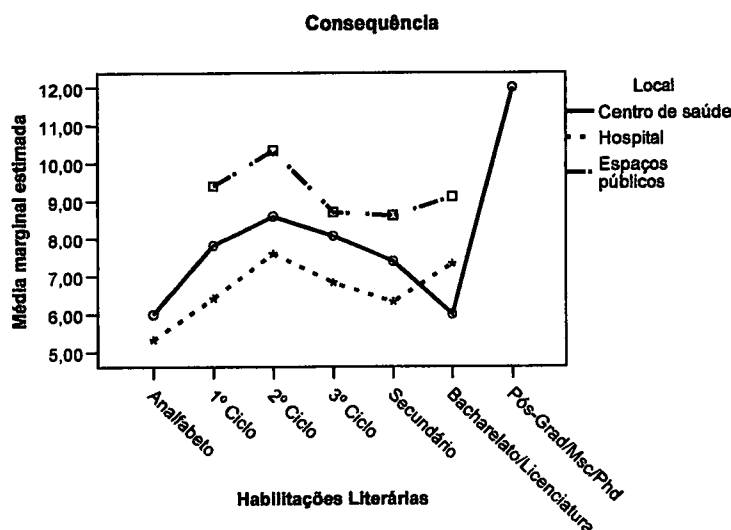


Figura 7.20. Gráfico de perfil das Consequências da Situação de Doença para Si Mesmo divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Habilitações Literárias”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital Distrital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) e da possível interação entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, com esta análise, que os factores local de entrevista e habilitações literárias tenham um efeito significativo na variável dependente considerada. A não observação de efeito das variáveis independentes sobre a variável dependente permite rejeitar a hipótese nula.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) tem um efeito na variável dependente consequências da situação de doença para os outros, visto que $F_{(17; 182)} = 10,434; p = 0,000$ (tabela 7.47.).

Quanto à variável independente habilitações literárias também se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, veja-se, na tabela 7.47. que $F_{(17; 182)} = 2,493; p < 0,025$. No que diz respeito à interação entre os dois factores (local de entrevista e habilitações literárias), não foram encontrados resultados

significativos do ponto de vista estatístico, já que $F_{(17; 182)} = 0,688$; $p < 0,719$ (tabela 7.47.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que os indivíduos com habilitação literária igual ao 2º Ciclo do Ensino Básico apresentam valores médios superiores aos restantes grupos de indivíduos, quando inquiridos no Hospital. No Centro de Saúde, o valor médio mais elevado foi encontrado para os sujeitos que completaram um mestrado, uma pós-graduação ou um doutoramento e nos Espaços Públicos os valores mais elevados foram encontrados para os sujeitos bacharéis e licenciados (tabela 7.48. e figura 7.21.).

Tabela 7.47. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

Dependent Variable: ConsequênciaA			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	10,434	,000
Habilitações Literárias	6	2,493	,025
Local *Habilitações Literárias	9	,688	,719

Tabela 7.48. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: ConsequênciaA		
Local	Habilitações Literárias	Média
Centro de saúde	Analfabeto	5,60
	1º Ciclo	6,88
	2º Ciclo	8,40
	3º Ciclo	7,15
	Secundário	5,87
	Bacharelato/Licenciatura	6,50
	Pós-Grad/Msc/Phd	12,00
	Total	6,77
Hospital	Analfabeto	5,17
	1º Ciclo	5,84
	2º Ciclo	7,20
	3º Ciclo	6,50
	Secundário	6,00
	Bacharelato/Licenciatura	6,67
	Total	5,93
	Espaços públicos	1º Ciclo
2º Ciclo		9,33
3º Ciclo		7,80
Secundário		8,38
Bacharelato/Licenciatura		9,78
Total		8,46

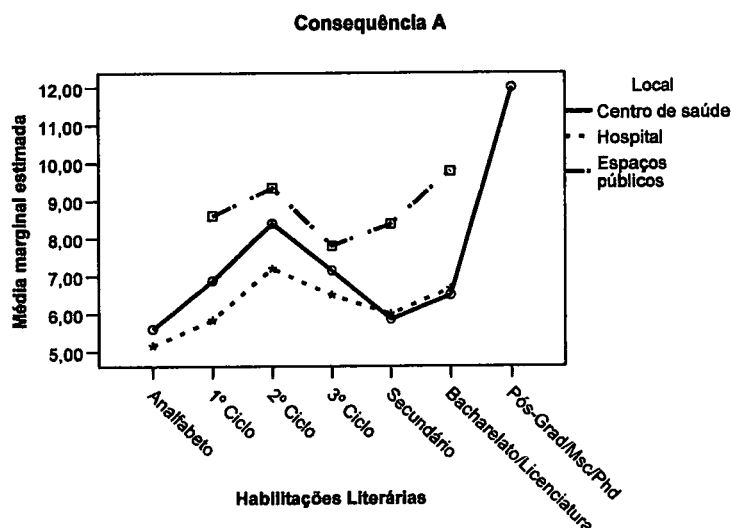


Figura 7.21. Gráfico de perfil das Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos, divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

A análise de variância factorial demonstrou, uma vez mais, que o factor local de entrevista tem influência nas variáveis dependentes consequências da situação de doença para si mesmo e para os familiares e amigos. Assim, e reforçando as ideias já apresentadas, parece que os indivíduos vivificam experiências diferentes quando procuram cuidados em estabelecimentos de saúde diferentes.

Os sujeitos que consideram que uma situação de doença sua teria menores consequências quer para si mesmo quer para os seus familiares e amigos são os utentes do Hospital Distrital de Faro. Já os sujeitos não doentes consideram que uma situação de doença teria consequências mais graves quer na sua vida quer na vida dos familiares e amigos.

A variável independente habilitações literárias parece ter influência na variável dependente consequências da situação de doença para os familiares e amigos do utente. Parece poder referir-se que os sujeitos com maiores percepções de gravidade da doença são os que possuem habilitação literária mais elevada (bacharelato, licenciatura, pós-graduação ou mestrado). Ao contrário destes, os sujeitos com habilitações literárias mais baixas (analfabetos ou que completaram o 1º Ciclo do Ensino Básico) parecem ter menores percepções das consequências de uma situação de doença.

7.7.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Habilitações Literárias”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “*Compliance*” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

A realização da referida análise parte do pressuposto que os factores local de entrevista e habilitações literárias têm um efeito na variável dependente *compliance* com as recomendações do profissional de saúde.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) tem um efeito na variável dependente estudada, visto que $F_{(22; 242)} = 10,718; p = 0,000$ (tabela 7.49.).

Quanto à variável habilitações literárias, não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que $F_{(22; 242)} = 1,078; p < 0,377$. O mesmo aconteceu relativamente à interacção entre os dois factores (local de entrevista e habilitações literárias), visto que $F_{(22; 242)} = 1,287; p < 0,222$ (tabela 7.49.).

Embora não se tenham encontrado valores significativos para o efeito da variável independente habilitações literárias na variável dependente, os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que no Hospital, os indivíduos com maior valor de média são os que completaram o Ensino Secundário, no Centro de Saúde os utentes com valor de média mais elevado são os com habilitação literária igual ao 1º Ciclo do Ensino Básico, nas Clínicas de Odontologia, os indivíduos com maior valor de média são os que terminaram o 3º Ciclo e nos Espaços Públicos os que completaram o 2º Ciclo (tabela 7.50. e figura 7.22.).

Os sujeito inquiridos nos Espaços Públicos são, na globalidade, os que mostram valores médios mais baixos, enquanto que os utentes do Hospital Distrital de Faro são, na globalidade, o grupo de indivíduos com valores médios mais elevados para a variável *compliance* (tabela 7.50. e figura 7.22.).

Tabela 7.49. Quadro resultante da análise de variância factorial do *Compliance* por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

Dependent Variable: compliance

Fonte	g.l.	F	p
Local	3	10,718	,000
Habilitações Literárias	6	1,078	,377
Local *Habilitações Literárias	13	1,287	,222

Tabela 7.50. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: compliance

Local	Habilitações Literárias	Média
Clínicas de Odontologia	1º Ciclo	18,00
	2º Ciclo	20,60
	3º Ciclo	21,64
	Secundário	20,00
	Bacharelato/Licenciatura	20,46
	Total	20,43
	Centro de saúde	Analfabeto
1º Ciclo		21,71
2º Ciclo		18,00
3º Ciclo		20,69
Secundário		19,93
Bacharelato/Licenciatura		15,50
Pós-Grad/Msc/Phd		17,00
Total		20,12
Hospital	Analfabeto	24,00
	1º Ciclo	22,58
	2º Ciclo	21,40
	3º Ciclo	23,17
	Secundário	24,33
	Bacharelato/Licenciatura	22,33
	Total	22,90
Espaços públicos	1º Ciclo	14,60
	2º Ciclo	19,67
	3º Ciclo	17,75
	Secundário	17,88
	Bacharelato/Licenciatura	17,33
	Total	17,59

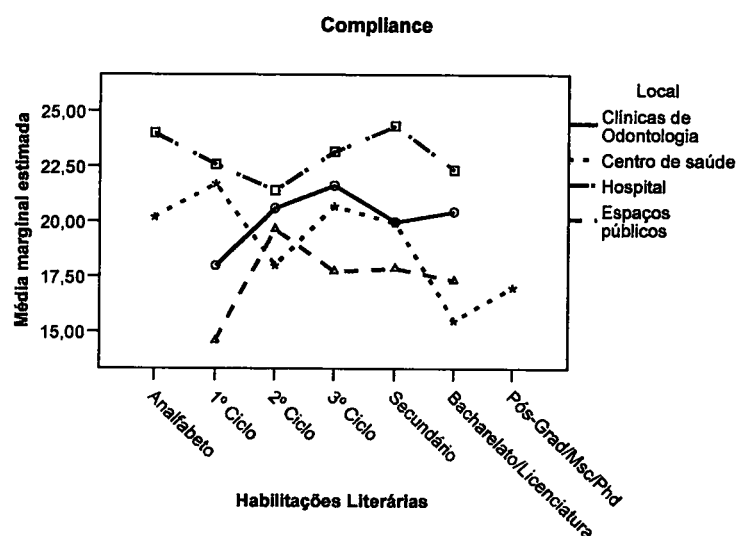


Figura 7.22. Gráfico de perfil do *Compliance* dividido pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias

A análise de variância factorial revelou um efeito significativo do ponto de vista estatístico da variável independente local de entrevista na variável dependente *compliance*. Os indivíduos que se consideram mais aderentes às prescrições médicas são os utentes do Hospital enquanto que os sujeitos com menor percepção de *compliance* são os inquiridos nos Espaços Públicos, indivíduos não doentes.

No que se refere à variável independente habilitações literárias, esta parece não ter influência na variável dependente, ou seja, parece que as habilitações literárias não têm influência na percepção de adesão às recomendações do profissional de saúde.

Os resultados acima apresentados são consistentes com os anteriormente apresentados e reforçam a ideia de que a experiência de doente é diferente dependendo do contexto em que este é inquirido.

Para a variável *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista, realizou-se uma ANOVA pois os valores apenas foram obtidos num dos Locais de Entrevista (Clínicas de Odontologia).

Espera-se, com a aplicação da análise de variância simples, encontrar diferenças estatísticas significativas nas habilitações literárias dos sujeitos inquiridos, de acordo com o *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista. A

não existência de diferenças estatísticas significativas permite a rejeição da hipótese nula.

Após a aplicação do teste ANOVA one way verificou-se que entre as Habilitações Literárias não há diferenças estatísticas significativas (tabela 7.51.).

Tabela 7.51. Quadro resultante da aplicação da análise de variância ANOVA one way aplicada aos participantes para a variável *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista entre as Habilitações Literárias.

ComplianceA			
	g.l.	F	p
Entre grupos	4	1,206	,319
Dentro dos grupos	55		
Total	59		

A análise estatística realizada para a variável dependente *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista permitiu descobrir que não há diferenças nas habilitações literárias para a variável *compliance*.

Assim, parece poder afirmar-se que os sujeitos têm percepções de adesão aos tratamentos médicos recomendados pelos médicos dentistas independentes da sua habilitação literária.

7.7.4. A Satisfação dos Pacientes com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral

O efeito do Factor “Habilitações Literárias”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interação entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Satisfação com a Consulta Médica” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

A realização da referida análise assume, *à priori*, que os factores local de entrevista e habilitações literárias têm um efeito na variável dependente em estudo.

Da observação da tabela 7.52. pode concluir-se que existem evidências estatísticas, significativas para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de Entrevista tem um efeito na satisfação com a consulta médica ($F_{(22; 242)} = 42,620$; $p = 0,000$) (tabela 7.52.).

Quanto à variável habilitações literárias, também se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, $F_{(22; 242)} = 2,822$; $p < 0,011$. Assim, parece poder dizer-se que o factor local de entrevista e a habilitação literária têm um efeito na variável dependente satisfação com a consulta médica (tabela 7.52.).

Em relação à interacção entre os dois factores (local de entrevista e habilitações literárias), não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, veja-se que $F_{(22; 242)} = 1,625$; $p < 0,080$ (tabela 7.52.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que no Hospital, os indivíduos com maior valor de média são os que possuem habilitação literária igual ao 3º Ciclo e Secundário, no Centro de Saúde os utentes com valor de média mais elevado são os com habilitação literária igual ao 2º Ciclo do Ensino Básico e nos Espaços Públicos os que completaram um bacharelato ou uma licenciatura (tabela 7.53. e figura 7.23.).

O grupo formado pelos inquiridos nos Espaços Públicos apresentou, na globalidade, valores médios menores do que os restantes grupos de indivíduos. O grupo de utentes das Clínicas de Odontologia revelou valores de média semelhantes para qualquer habilitação literária (tabela 7.53. e figura 7.23.).

Tabela 7.52. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação por Local de entrevista e Habilitações Literárias.

<u>Dependent Variable: Satisfação</u>			
<u>Fonte</u>	<u>g.l.</u>	<u>F</u>	<u>p</u>
Local	3	42,620	,000
Habilitações Literárias	6	2,822	,011
Local *Habilitações Literárias	13	1,625	,080

Tabela 7.53. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Satisfação		
Local	Habilitações Literárias	Média
Clínicas de Odontologia	1º Ciclo	18,50
	2º Ciclo	18,50
	3º Ciclo	18,18
	Secundário	18,08
	Bacharelato/Licenciatura	18,08
	Total	18,18
Centro de saúde	Analfabeto	16,00
	1º Ciclo	17,82
	2º Ciclo	19,80
	3º Ciclo	17,23
	Secundário	18,33
	Bacharelato/Licenciatura	16,50
	Pós-Grad/Msc/Phd	8,00
	Total	17,58
Hospital	Analfabeto	19,25
	1º Ciclo	17,84
	2º Ciclo	19,20
	3º Ciclo	19,33
	Secundário	19,33
	Bacharelato/Licenciatura	17,67
Espaços públicos	1º Ciclo	7,80
	2º Ciclo	12,67
	3º Ciclo	11,45
	Secundário	12,31
	Bacharelato/Licenciatura	14,67
	Total	12,03

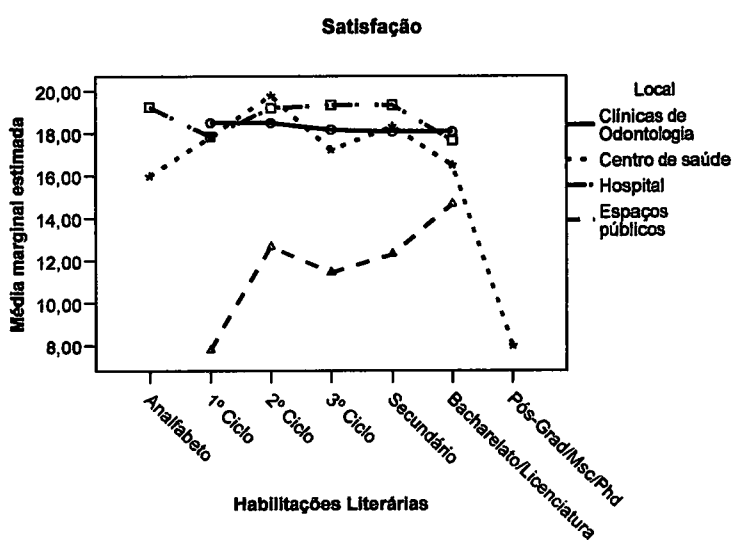


Figura 7.23. Gráfico de perfil da Satisfação dos utentes com a Consulta Médica dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

O efeito do Factor “Habilitações Literárias”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores, relativamente à variável dependente: “Satisfação com as Consultas Médicas no Geral” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Como já foi anteriormente referido, espera-se que as variáveis independentes mencionadas tenham um efeito significativo na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral. A não existência de efeito das variáveis independentes na variável dependente permite a rejeição da hipótese nula.

A análise da tabela 7.54. permite concluir que existem evidências estatísticas significativas para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de Entrevista tem um efeito na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral, veja-se na tabela que, $F_{(22; 242)} = 5,807; p < 0,001$ (tabela 7.54.).

No que se refere à variável independente habilitações literárias, verificou-se que esta também tem um efeito na variável dependente (satisfação com as consultas médicas no geral), note-se que $F_{(22; 242)} = 2,843; p < 0,011$. Finalmente, em relação à interacção entre os dois factores, também se encontraram resultados significativos ($F_{(22; 242)} = 2,390; p < 0,005$) (tabela 7.54.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que no Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia, os utentes com maiores valores de média são os portadores de habilitações literárias mais baixas, inferiores ou iguais ao 3º Ciclo do Ensino Básico. Nos Espaços Públicos os valores médios mais baixos foram encontrados para os portadores do 1º Ciclo do Ensino Básico (tabela 7.55. e figura 7.24.). Os utentes do Centro de Saúde e Hospital parecem ser os que apresentam maiores valores de média, no geral, e os sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos e Clínicas de Odontologia são, na globalidade, os que apresentam valores médios mais baixos (tabela 7.55. e figura 7.24.).

Tabela 7.54. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

Dependent Variable: Satisfação A			
Fonte	g.l.	F	p
Local	3	5,807	,001
Habilitações Literárias	6	2,843	,011
Local * Habilitações Literárias	13	2,390	,005

Tabela 7.55. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Satisfação A		
Local	Habilitações Literárias	Média
Clínicas de Odontologia	1º Ciclo	15,00
	2º Ciclo	14,60
	3º Ciclo	15,36
	Secundário	9,88
	Bacharelato/Licenciatura	8,85
	Total	12,32
Centro de saúde	Analfabeto	15,60
	1º Ciclo	16,12
	2º Ciclo	14,60
	3º Ciclo	11,38
	Secundário	14,13
	Bacharelato/Licenciatura	11,75
	Pós-Grad/Msc/Phd	8,00
Total	14,60	
Hospital	Analfabeto	16,00
	1º Ciclo	15,35
	2º Ciclo	16,00
	3º Ciclo	15,67
	Secundário	12,67
	Bacharelato/Licenciatura	11,33
Total	14,53	
Espaços públicos	1º Ciclo	8,00
	2º Ciclo	11,67
	3º Ciclo	11,15
	Secundário	10,69
	Bacharelato/Licenciatura	10,78
Total	12,33	

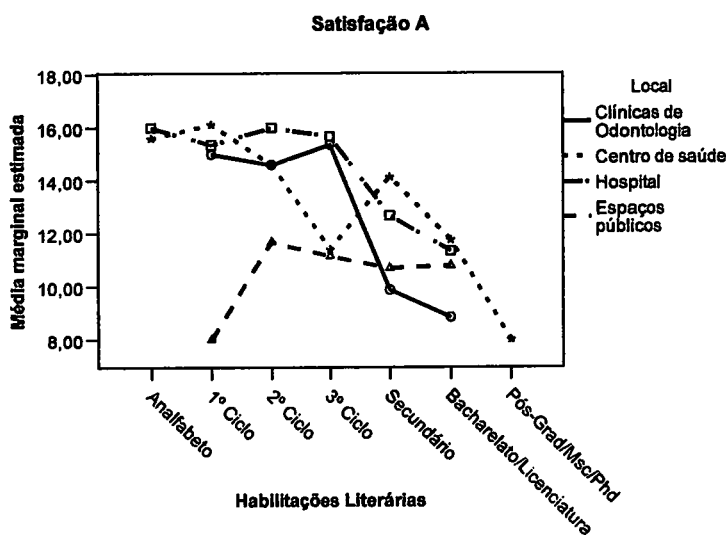


Figura 7.24. Gráfico de perfil da Satisfação dos utentes com as Consultas Médicas no Geral dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

A variável independente local de entrevista parece ter um efeito estatisticamente significativo nas variáveis satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral. Deste modo parece poder afirmar-se, uma vez mais, que a experiência de doente é influenciada pelo local onde os indivíduos são inquiridos. Os sujeitos que parecem mais satisfeitos com as consultas médicas parecem ser os inquiridos no Hospital Distrital de Faro, enquanto que os sujeitos com menores níveis de satisfação são os inquiridos nos Espaços Públicos.

Nas variáveis dependentes satisfação dos pacientes com a consulta médica e consultas médicas no geral tem também um efeito significativo a variável habilitações literárias. Parece poder dizer-se que os sujeitos que completaram um bacharelato, uma licenciatura, uma pós-graduação ou um mestrado mostram níveis mais baixos de satisfação quando inquiridos no Centro de Saúde e Hospital.

Considera-se relevante referir que os sujeitos inquiridos, em qualquer dos locais de consulta (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia), parecem mostrar níveis mais elevados de satisfação com as consultas do seu médico do que com as consultas médicas no geral.

7.8. Resultados da Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista e a Idade dos Inquiridos

7.8.1. A Percepção de Gravidade da Doença

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Idade”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) e da possível interação entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Percepção de Gravidade da Doença” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Com a referida análise, espera-se que os factores local de entrevista e idade tenham um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente percepção de gravidade da doença.

A realização da análise de variância factorial permitiu verificar que não existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e

Clínicas de Odontologia) tem um efeito na variável dependente percepção de gravidade da doença, veja-se na tabela 7.56. que $F_{(8; 135)} = 2,151; p < 0,121$.

Quanto à variável independente idade, também não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, veja-se que $F_{(8; 135)} = 0,341; p < 0,712$. O mesmo se verificou relativamente à interacção entre os dois factores (local de entrevista e idade), observe-se que $F_{(8; 135)} = 1,682; p < 0,158$ (tabela 7.56.).

Tabela 7.56. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Idade.

Dependent Variable: Gravidade			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	2,151	,121
Idade (classificada)	2	,341	,712
Local *Idade (classificada)	4	1,682	,158

Relativamente à variável percepção de gravidade da doença a análise de variância factorial revelou que não existem evidências estatísticas significativas de que as variáveis independentes local de entrevista e idade tenham um efeito na variável dependente.

Assim, parece poder afirmar-se que a percepção de gravidade da doença não é influenciada pela idade dos sujeitos inquiridos.

7.8.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para Si Mesmo e para os Familiares e Amigos

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Idade”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Consequências da Situação de Doença para si Mesmo” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, então, que o factor local de entrevista e o factor idade tenham um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente consequências da situação da doença para si mesmo.

A observação da tabela 7.57. permitiu concluir que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) tem um efeito na variável dependente, visto que, $F_{(8; 182)} = 7,692; p < 0,001$.

Quanto à variável idade, não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que $F_{(8; 182)} = 0,555; p < 0,575$. O mesmo se verificou para a interação entre os dois factores (local de entrevista e idade), visto que $F_{(8; 182)} = 1,394; p < 0,238$ (tabela 7.57.).

Apesar de não se terem encontrado resultados significativos, os valores do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que no Hospital e Centro de Saúde o grupo de utentes com maior valor de média é o de idade compreendida entre 31 e 50 anos, enquanto nos Espaços Públicos os sujeitos com maior valor de média são os com idade superior a 51 anos. O grupo inquirido nos Espaços Públicos apresentou valores médios superiores aos restantes, para qualquer idade considerada e o grupo inquirido no Hospital revelou os valores médios mais baixos (tabela 7.58. e figura 7.25.).

Tabela 7.57. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Situação de Doença para Si Mesmo por Local de Entrevista e Idade.

Dependent Variable: Consequência			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	7,692	,001
Idade (classificada)	2	,555	,575
Local *Idade (classificada)	4	1,394	,238

Tabela 7.58. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Consequência		
Local	Idade	Média
Centro de saúde	10 - 30anos	7,83
	31 - 50 anos	8,33
	>51 anos	7,00
	Total	7,63
Hospital	10 - 30anos	6,67
	31 - 50 anos	7,33
	>51 anos	6,11
	Total	6,38
Espaços públicos	10 - 30anos	8,51
	31 - 50 anos	8,81
	>51 anos	9,92
	Total	8,86

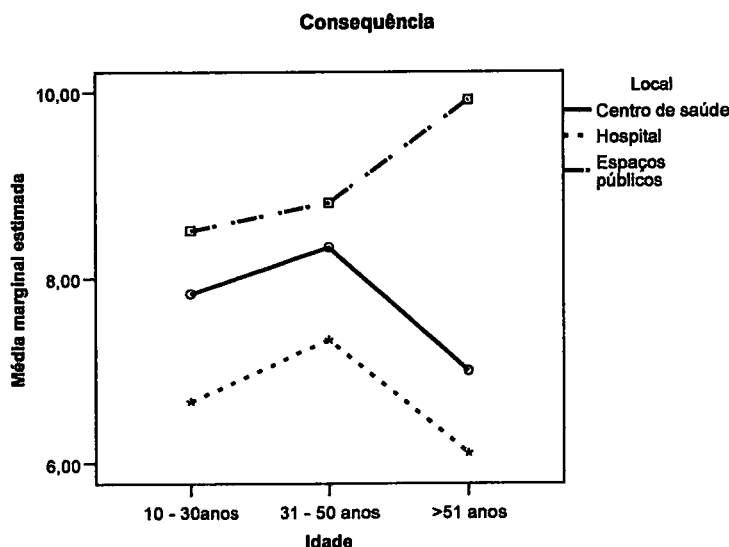


Figura 7.25. Gráfico de perfil das Consequências da Situação de Doença para Si Mesmo divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Idade”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) e da possível interação entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se que o factor local de entrevista e o factor idade tenham um efeito significativo na variável dependente considerada. A não observação de efeito das variáveis independentes sobre a variável dependente permite rejeitar a hipótese nula.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) tem um efeito na variável dependente consequências da situação de doença para os outros, veja-se na tabela 7.59. que $F_{(8; 182)} = 10,814; p = 0,000$.

Quanto à variável independente idade não foram encontrados resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que $F_{(8; 182)} = 1,390; p < 0,252$. No que diz respeito à interação entre os dois factores (local de entrevista e idade), também não foram encontrados resultados significativos do ponto de vista estatístico, já que $F_{(8; 182)} = 1,226; p < 0,301$ (tabela 7.59.).

Pese embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável independente idade na variável dependente consequências da situação de doença para os familiares e amigos, os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que no Hospital e no Centro de Saúde o grupo de indivíduos com menor valor de média é o que apresenta idade superior a 51 anos. Nos Espaços Públicos os sujeitos com maior valor de média são, também, os com idade superior a 51 anos (tabela 7.60. e figura 7.26.).

Os sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos apresentaram valores médios superiores a todos os outros locais de entrevista, para qualquer das idades consideradas e o grupo inquirido no Hospital Distrital de Faro, apresenta os valores médios mais baixos (tabela 7.60. e figura 7.26.).

Tabela 7.59. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos por Local de Entrevista e Idade.

Dependent Variable: ConsequênciaA			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	10,814	,000
Idade (classificada)	2	1,390	,252
Local *Idade (classificada)	4	1,226	,301

Tabela 7.60. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: ConsequênciaA		
Local	Idade	Média
Centro de saúde	10 - 30anos	7,42
	31 - 50 anos	7,38
	>51 anos	6,00
	Total	6,77
Hospital	10 - 30anos	6,00
	31 - 50 anos	6,92
	>51 anos	5,67
	Total	5,93
Espaços públicos	10 - 30anos	8,51
	31 - 50 anos	8,13
	>51 anos	8,75
	Total	8,46

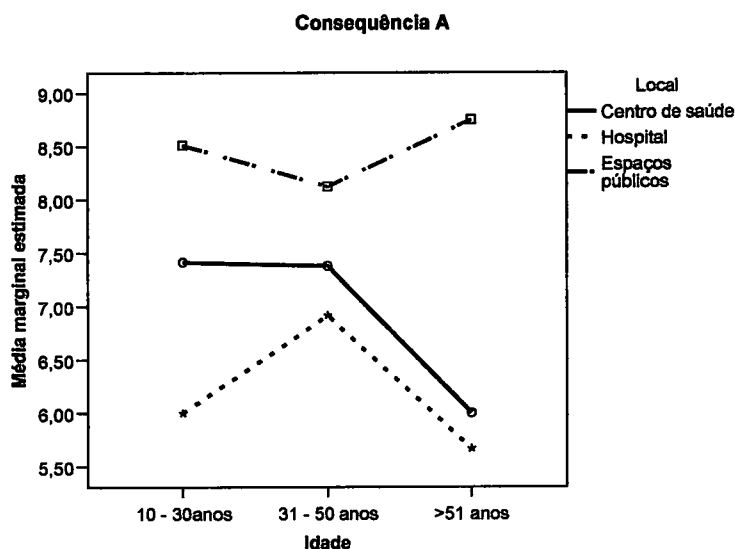


Figura 7.26. Gráfico de perfil das Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.

A análise de variância factorial demonstrou, uma vez mais, que o factor local de entrevista tem influência nas variáveis dependentes consequências da situação de doença para si mesmo e para os familiares e amigos. Assim, e reforçando as ideias anteriormente apresentadas, os sujeitos que parecem considerar que a sua situação de doença tem menores consequências na sua vida e na vida dos familiares e amigos são os utentes do Hospital. Os sujeitos não doentes mostraram percepções das consequências da situação de doença superiores aos restantes locais de entrevista.

A variável independente idade parece não ter um efeito significativo nas variáveis dependentes consequências da situação de doença para si mesmo e para os familiares e amigos do utente. Apesar disso, parece poder referir-se que os sujeitos mais velhos (com idade superior a 51 anos) têm menores percepções das consequências de uma situação de doença para si mesmo e para os outros quando se encontram em situação de utilização do Hospital ou do Centro de Saúde e revelam maiores percepções quando inquiridos nos Espaços Públicos.

7.8.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Idade”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos)

e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “*Compliance*” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

A realização da referida análise parte do pressuposto que os factores local de entrevista e idade têm um efeito significativo na variável dependente *compliance* com as recomendações do profissional de saúde.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) tem um efeito na variável dependente estudada, veja-se na tabela 7.61. que $F_{(11; 242)} = 8,090; p = 0,000$.

Para a variável independente idade, também se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, porque $F_{(11; 242)} = 3,448; p < 0,033$. Assim, parece poder afirmar-se que o local de entrevista e a idade dos sujeitos inquiridos têm um efeito significativo na variável dependente *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico (tabela 7.61.).

No que diz respeito à interacção entre os dois factores (local de entrevista e idade), mais uma vez, não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, veja-se na tabela 7.61 que $F_{(11; 242)} = 1,595; p < 0,149$.

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que o Hospital apresentou valores médios de *compliance* mais elevados para o grupo de idades superior a 31 anos inclusive, no conjunto dos locais de entrevista. Também se pode referir que acima dos 31 anos de idade os valores médios de *compliance* são superiores ao grupo de idade com menos de 31 anos (tabela 7.62. e figura 7.27).

Tabela 7.61. Quadro resultante da análise de variância factorial do *Compliance* por Local de Entrevista e Idade.

Dependent Variable: compliance			
Fonte	g.l.	F	p
Local	3	8,090	,000
Idade (classificada)	2	3,448	,033
Local *Idade (classificada)	6	1,595	,149

Tabela 7.62. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: compliance		
Local	Idade	Média
Clínicas de Odontologia	10 - 30anos	20,57
	31 - 50 anos	20,00
	>51 anos	21,00
	Total	20,43
Centro de saúde	10 - 30anos	16,75
	31 - 50 anos	21,10
	>51 anos	20,85
	Total	20,12
Hospital	10 - 30anos	20,33
	31 - 50 anos	23,25
	>51 anos	22,98
	Total	22,90
Espaços públicos	10 - 30anos	17,26
	31 - 50 anos	17,88
	>51 anos	18,17
	Total	17,59

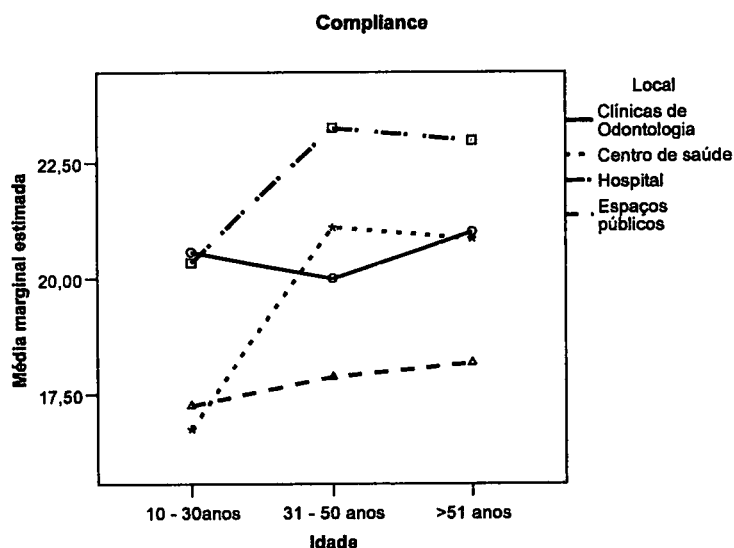


Figura 7.27. Gráfico de perfil do *Compliance* dividido pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.

A análise de variância factorial revelou, mais uma vez, um efeito significativo do ponto de vista estatístico da variável independente local de entrevista na variável dependente *compliance*. Os resultados parecem indicar que os utentes do Hospital são os sujeitos mais cumpridores das prescrições médicas, sendo os que menos cumprem os sujeitos não doentes (inquiridos nos Espaços Públicos).

No que se refere à variável independente idade, esta parece ter influência na variável dependente, ou seja, parece que os indivíduos com idade igual ou superior a

31 anos apresentam maiores percepções de *compliance* do que os sujeitos com idade inferior a 31 anos. Os sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos apresentam, no global, percepções de *compliance* inferiores aos restantes grupos de indivíduos.

Para a variável *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista, realizou-se uma ANOVA one way, uma vez que os valores apenas foram obtidos num dos Locais de Entrevista (Clínicas de Odontologia).

Espera-se, no entanto, que existam diferenças estatisticamente significativas na variável independente idade, de acordo com a variável dependente *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista.

Após a aplicação do teste verificou-se que entre as idades, não há diferenças estatísticas significativas (tabela 7.63.).

Tabela 7.63. Quadro resultante da aplicação da análise de variância ANOVA one way aplicada aos participantes para a variável *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista entre as Idades.

ComplianceA			
	g.l.	F	p
Entre grupos	2	,219	,804
Dentro dos grupos	57		
Total	59		

A análise estatística realizada para a variável dependente *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista permitiu descobrir que entre as idades, não há diferenças estatisticamente significativas no que se refere à adesão dos utentes das Clínicas de Odontologia.

Assim, parece poder afirmar-se que os sujeitos têm percepções de adesão aos tratamentos médicos recomendados pelo médico dentista, independentes da sua idade.

7.8.4. A Satisfação dos Pacientes com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral

O efeito do Factor “Idade”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interação entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Satisfação com a Consulta

Médica” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

A realização da referida análise assume, *à priori*, que os factores local de entrevista e idade têm um efeito significativo na variável dependente em estudo.

Da observação da tabela 7.64. pode concluir-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de Entrevista tem um efeito na satisfação dos sujeitos inquiridos ($F_{(11; 242)} = 51,385$; $p = 0,000$) (tabela 7.64.).

Quanto à variável idade, não foram encontrados resultados significativos do ponto de vista estatístico, $F_{(11; 242)} = 0,879$; $p < 0,417$. Em relação à interacção entre os dois factores (local de entrevista e idade), também não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, veja-se que $F_{(11; 242)} = 0,917$; $p < 0,484$ (tabela 7.64.).

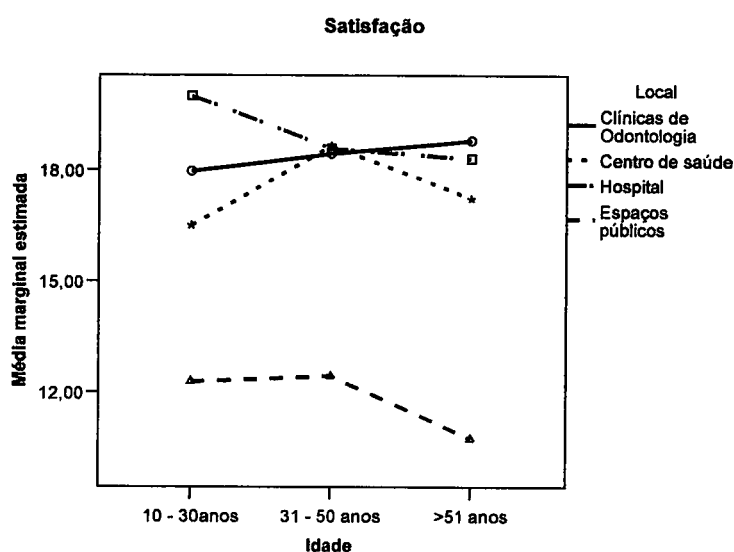
Pese embora não se tenham encontrado valores significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável idade na variável satisfação com a consulta médica, os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que no Hospital o grupo etário que apresentou valores médios mais elevados foi o de idades compreendidas entre os 10 e os 30 anos. No Centro de Saúde e nos Espaços Públicos os sujeitos com valores médios mais elevados foram os de idade compreendida entre os 31 e os 50 anos e nas Clínicas de Odontologia foram encontrados valores de média superiores para os indivíduos mais velhos (idade superior a 51 anos) (tabela 7.65. e figura 7.28.).

Tabela 7.64. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com a Consulta Médica por Local de Entrevista e Idade .

Dependent Variable: Satisfação			
Fonte	g.l.	F	p
Local	3	51,385	,000
Idade (classificada)	2	,879	,417
Local *Idade (classificada)	6	,917	,484

Tabela 7.65. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Satisfação		
Local	Idade	Média
Clínicas de Odontologia	10 - 30anos	17,97
	31 - 50 anos	18,44
	>51 anos	18,80
	Total	18,18
Centro de saúde	10 - 30anos	16,50
	31 - 50 anos	18,67
	>51 anos	17,22
	Total	17,58
Hospital	10 - 30anos	20,00
	31 - 50 anos	18,58
	>51 anos	18,31
	Total	18,45
Espaços públicos	10 - 30anos	12,29
	31 - 50 anos	12,44
	>51 anos	10,75
	Total	12,03

**Figura 7.28.** Gráfico de perfil da Satisfação com a Consulta Médica dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.

O efeito do Factor “Idade”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interação entre os dois factores, relativamente à variável dependente: “Satisfação com as Consultas Médicas no Geral” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Como já foi anteriormente referido, espera-se que as variáveis independentes acima referidas tenham um efeito significativo na variável dependente satisfação

com as consultas médicas no geral. A não existência de efeito das variáveis independentes na variável dependente permite a rejeição da hipótese nula.

A análise da tabela 7.66. permite concluir que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de Entrevista tem um efeito na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral, veja-se na tabela que, $F_{(11; 242)} = 7,506; p = 0,000$ (tabela 7.66.).

No entanto, no que se refere à variável independente idade, verificou-se que esta não tem um efeito significativo na variável dependente (satisfação com as consultas médicas no geral), note-se que $F_{(11; 242)} = 0,092; p < 0,912$.

Finalmente, em relação à interacção entre os dois factores, também não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico $F_{(11; 242)} = 1,595; p < 0,149$ (tabela 7.66.).

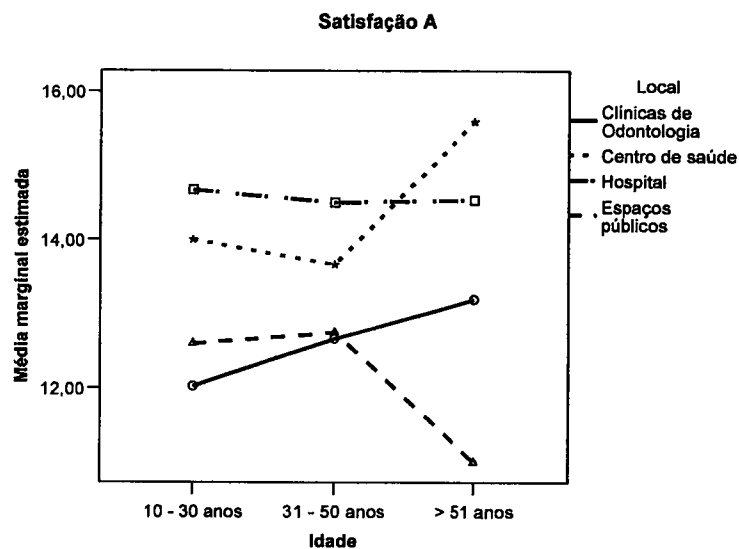
Pese embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável idade na variável satisfação com as consultas médicas no geral, os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, parecem indicar que no Hospital os valores médios são semelhantes para qualquer grupo de idade. No Centro de Saúde e nas Clínicas de Odontologia foram encontrados valores de média mais elevados para o grupo de indivíduos mais velhos (idade superior a 51 anos). Nos Espaços Públicos aos sujeitos com idade compreendida entre os 31 e os 50 anos são o grupo de indivíduos com valores de média mais elevados (tabela 7.67. e figura 7.29.).

Tabela 7.66. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Idade.

Dependent Variable: SatisfaçãoA			
Fonte	g.l.	F	p
Local	3	7,506	,000
Idade (classificada)	2	,092	,912
Local *Idade (classificada)	6	1,595	,149

Tabela 7.67. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Satisfação A		
Local	Idade	Média
Clínicas de Odontologia	10 - 30 anos	12,03
	31 - 50 anos	12,67
	> 51 anos	13,20
	Total	12,32
Centro de saúde	10 - 30 anos	14,00
	31 - 50 anos	13,67
	> 51 anos	15,59
	Total	14,60
Hospital	10 - 30 anos	14,67
	31 - 50 anos	14,50
	> 51 anos	14,53
	Total	14,53
Espaços públicos	10 - 30 anos	12,80
	31 - 50 anos	12,75
	> 51 anos	11,00
	Total	12,33

**Figura 7.29.** Gráfico de perfil da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.

A variável independente local de entrevista parece ter um efeito estatisticamente significativo nas variáveis satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral. Deste modo parece poder afirmar-se, uma vez mais, que a experiência de doente é influenciada pelo local onde os indivíduos são inquiridos. Os sujeitos que parecem mais satisfeitos com as consultas médicas são os utentes do Hospital Distrital de Faro, enquanto que os sujeitos com menores níveis de satisfação são os inquiridos nos Espaços Públicos.

A variável independente idade parece não ter um efeito significativo do ponto de vista estatístico nas variáveis dependentes referidas.

Efectivamente, parece poder concluir-se que o local procurado pelos utentes para os cuidados médicos influencia a sua experiência de doentes. Dados que estão de acordo com o anteriormente referido.

7.9. Factores que Influenciam as Variáveis Gravidade da Doença e *Compliance* com os Conselhos Médicos

A aplicação de técnicas de regressão múltipla, sugere uma influência significativa de alguns factores sobre a variável Gravidade da Doença. O respectivo é dado por:

$$\text{Gravidade} = -0,072 + 0,123 * \text{Consequência A} + 0,083 * \text{Compliance}$$

$$(R^2 = 0,145; F = 6,172; p = 0,003)$$

Relativamente à variável *Compliance* os factores Gravidade da Doença e Satisfação com a consulta médica parecem ter influência no modelo, no entanto, este modelo explica menos de 14% da variância total. O modelo pode ser expresso por:

$$\text{Compliance} = 13,664 + 1,063 * \text{Gravidade} + 0,323 * \text{Satisfação}$$

$$(R^2 = 0,138; F = 5,856; p = 0,004)$$

Com o objectivo de verificar que factores afectam o *compliance* e a percepção de gravidade da doença, foram realizadas duas regressões múltiplas que sugerem que a percepção de gravidade pode ser explicada pelo *compliance* e este pela percepção de gravidade. De facto, quanto mais os indivíduos percebem a sua situação como grave, maior será a sua tendência para referir que cumprem os tratamentos médicos que, nesta situação, oferecem um alívio dos sintomas sentidos. Segundo Becker (1974); Becker e col. (1977); Becker e Rosenstock (1984) cit. por Ogden (1999), o modelo de crenças de saúde sugere que o grau de adesão de um paciente depende da sua percepção de gravidade da doença, o que está de acordo com os resultados obtidos pelo estudo em questão.

Na gravidade e, segundo os resultados obtidos, tem ainda influência a variável consequências da situação de doença para os outros. Neste ponto pode

referir-se que os indivíduos parecem considerar que uma doença é tanto mais grave quanto mais influencia a vida dos indivíduos que lhes são próximos.

Não nos podemos, no entanto, esquecer que um sintoma é considerado mais sério e é mais provável a procura de um tratamento se afectar a mobilidade (Eifert, Hodson, Tracey, Seville e Ganawardane, 1996 cit. por Taylor, 2003). Assim, se a doença envolver graves prejuízos para os familiares e amigos, significa que o paciente não está já em condições de se tratar a ele mesmo e isso faz com que considere a sua doença como mais grave.

Na variável *compliance* tem, ainda, influência a satisfação dos pacientes com a consulta médica. De acordo com Ley (1981, 1989, cit. por Curtis, 2000 e Ogden, 1999), o *compliance* pode ser previsto por uma combinação da **satisfação** do paciente com a consulta, **compreensão** da informação dada e **recordação** dessa informação. Assim, os resultados obtidos através do presente trabalho de investigação estão de acordo com a proposta de Ley (1981; 1989), ou seja, parecem indicar que a satisfação dos pacientes com a consulta médica tem influência na decisão de adesão ou não adesão dos pacientes à terapêutica médica.

7.10. Motivos da Procura dos Cuidados de Saúde

Observaram-se, ainda, os motivos que conduzem os utentes aos diferentes Locais de Entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) e produziram-se as tabelas de 7.68. e 7.69., onde se pode verificar o motivo da procura dos cuidados de saúde e o local seleccionado pelos utentes neste estudo.

Os principais motivos que levam com que os utentes recorram ao Hospital parecem ser os resultados de exames médicos e questões de rotina.

Para o Centro de Saúde os motivos mais citados foram questões de rotina e a percepção de sintomas de doença (febre, dores, vômitos, etc.).

Para as Clínicas de Odontologia os motivos mais citados foram a realização de um tratamento e por sentir dores.

Tabela 7.68. Valores de frequências absolutas quanto aos utentes e primeiro motivo seleccionado para acederem ao Hospital e Centro de Saúde.

Count		Local		
		Centro de saúde	Hospital	Total
Motivo da consulta	Dores, febre, náuseas, apatia, vômitos	17	9	26
	Não se sentia bem. Não se sentia normal.	4	0	4
	Devido a resultados de exames médicos	7	19	26
	Por conselho de outros profissionais de saúde	1	3	4
	Para realizar exames médicos	2	1	3
	Rotina	15	28	43
	Planeamento familiar	6	0	6
	Pedir baixa	3	0	3
	Outros	5	0	5
Total		60	60	120

Tabela 7.69. Valores de frequências absolutas quanto aos utentes e primeiro motivo seleccionado para acederem às Clínicas de Odontologia.

Count		Local	
		Clínicas de Odontologia	Total
Motivo da consulta	Porque tinha dores	11	11
	Para uma consulta de rotina	3	3
	Para realizar um tratamento	32	32
	Para uma extracção dentária	9	9
	Para colocar uma prótese dentária	5	5
Total		60	60

Relativamente ao motivo pelo qual consultam o profissional de saúde no dia em que foram aplicados os inquéritos, os utentes dos diferentes estabelecimentos de saúde parecem referir motivos diferentes, de acordo com o local da consulta.

Assim, os utentes do Hospital Distrital de Faro referem que o principal motivo que os levou a procurar os cuidados de saúde foi o facto de estarem a ser acompanhados por um médico e, no dia da recolha de dados, terem uma consulta de rotina médica marcada. Estes sujeitos também procuram os cuidados de saúde devido a resultados de exames médicos e, em menor número, porque detectaram os sintomas da doença (dores, febre, náuseas, apatia, etc.).

No Centro de Saúde de Faro, os motivos que levam os utentes a procurar os cuidados de saúde são a percepção dos sintomas de uma doença (dores, febre, apatia, náuseas, vômitos, etc.) e a procura de uma consulta de rotina (para acompanhamento por parte do profissional de saúde).

Nas Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro o motivo que leva os utentes a procurar estes cuidados de saúde é, sobretudo, a realização de um tratamento, tendo em vista a melhoria da sua saúde oral. Contudo, muitos dos pacientes referem que o facto de terem dores os motivou a consultar o seu médico odontologista.

7.11. Causas da Situação de Doença

As principais causas da doença referidas pelos utentes do Hospital e do Centro de Saúde foram as preocupações pessoais e profissionais e as condições de trabalho (tabela 7.70.).

Tabela 7.70. Valores de frequências absolutas quanto à primeira causa da doença pelos utentes do Hospital e Centro de Saúde

Count		Local		
		Centro de saúde	Hospital	Total
Causas da doença	Preocupações pessoais e profissionais	13	7	20
	Condições de trabalho	7	6	13
	Infeção por bactérias ou vírus	2	2	4
	Estilo de vida	3	2	5
	Foi a vontade de Deus	0	8	8
	Outros	7	9	16
Total		32	34	66

7.12. Motivos do Não Cumprimento da Prescrição Médica

Na tabela 7.71. pode observar-se, relativamente ao primeiro motivo pelo qual os utentes não cumprem a prescrição médica, nos diversos Locais de Entrevista, que a razão mais apontada é o esquecimento de cumprir a prescrição médica.

A tabela 7.71., revela resultados que parecem ser consistentes com os resultados anteriormente apresentados, na tabela 7.9. (ponto 7.4.3. do capítulo VII). Na tabela 7.9. os resultados indicam-nos que os indivíduos com menores valores de

média para todos os itens relacionados com o *compliance* são os inquiridos nos espaços públicos.

Era de esperar que o indivíduo inquirido fora do contexto da doença e da consulta revelasse uma percepção de *non-compliance* superior aos indivíduos que estão em situação de mal-estar e para os quais o contexto da consulta médica está muito presente. De facto, os resultados obtidos são consistentes com os esperados, porque os indivíduos pertencentes ao grupo “não doentes” parecem ser menos aderentes às recomendações médicas do que os restantes grupos de indivíduos.

Assume particular interesse o facto dos indivíduos inquiridos nos espaços públicos apresentarem maior número de motivos para o não cumprimento da prescrição médica (tabela 7.71.). Assim, se estes indivíduos aderem menos às terapêuticas prescritas pelo profissional de saúde, são, também, o grupo de indivíduos que revela um maior número de motivos para não cumprir essa prescrição, o esquecimento de cumprir a prescrição médica é o mais apontado, mas o medo dos efeitos secundários dos tratamentos é, também uma razão muito referida.

Tabela 7.71. Valores de frequências absolutas do primeiro motivo pelo qual os utentes não cumprem a prescrição médica relativamente aos Locais de Entrevista.

Count		Local				Total
		Clínicas de Odontologia	Centro de saúde	Hospital	Espaços públicos	
Não cumpre	Não tem possibilidade financeira para cumprir o tratamento prescrito	1	0	0	4	5
	Não sofre dos sintomas da doença diagnosticada pelo médico.	0	0	0	7	7
	Tem medo que o tratamento lhe faça mal a outra coisa	2	0	2	11	15
	Tem medo de ficar dependente do tratamento	0	3	0	8	11
	Se esquece de cumprir o tratamento prescrito.	7	5	4	25	41
	Outros Motivos	1	0	1	1	3
Total		11	8	7	56	82

7.13. Motivos da Falta de Regularidade às Consultas de Odontologia

As razões mais citadas para os utentes não consultarem com maior regularidade o seu médico dentista foram, de modo notório, a razão económica e com menor importância o receio e a falta de disponibilidade para o fazer (tabela 7.72.).

Tabela 7.72. Valores de frequências absolutas do motivo porque não consulta com maior regularidade o seu médico dentista.

Count		Local	
		Clínicas de Odontologia	Total
Motivos porque não consulta com maior regularidade o seu médico dentista	Por motivos económicos	10	10
	Porque tenho medo	4	4
	Porque não considero necessário	2	2
	Por falta de disponibilidade	4	4
	Outros	4	4
Total		24	24

As razões mais citadas para os utentes não consultarem com maior regularidade o seu médico odontologista foram, de modo notório, a razão económica. Com menor importância, os inquiridos referiram, o facto de terem medo e a falta de disponibilidade para o fazer.

É importante referir, neste ponto, que os cuidados de odontologia não estão disponíveis no Serviço Nacional de Saúde e que a medicina dentária envolve tratamentos dispendiosos e, muitas vezes, em várias sessões, o que encarece o processo de tratamento e faz com que os utentes procurem menos estes cuidados.

Resumo

A análise estatística dos dados revelou que, de um modo geral e salvo algumas excepções, o factor mais importante na explicação das variáveis em estudo é o local de entrevista.

O local parece afectar a experiência dos indivíduos, tendo uma influência considerável nas variáveis estudadas. Assim, e de acordo com os dados recolhidos, os indivíduos inquiridos no Hospital Distrital de Faro parecem ser aqueles que

consideram ter menor responsabilidade pela situação de doença em que se encontram e pensam que não conseguem controlar esse problema de saúde. São, no entanto, os inquiridos que consideram a sua doença mais frequente e afirmam que uma situação de doença teria menores consequências quer para si mesmo, quer para os indivíduos que lhe estão mais próximos. São também os utentes que cumprem maior número de vezes as prescrições médicas e revelam-se mais satisfeitos com as consultas médicas.

Ao contrário destes, os indivíduos inquiridos nos Espaços Públicos para quem o contexto da consulta não está presente, referem maiores consequências de uma situação de doença para si mesmo e para os outros, dizem-se menos aderentes às prescrições médicas e mostram-se menos satisfeitos com os aspectos relacionados com as consultas médicas.

Os utentes dos três estabelecimentos de saúde considerados no estudo referem que os motivos que os levam a procurar os cuidados de saúde são o facto de estarem a ser acompanhados por um profissional de saúde (consulta de rotina), devido a resultados de exames médicos e porque percepcionaram os sintomas de uma doença (dores, febre, náuseas, apatia, etc.).

O principal motivo pelo qual os pacientes não cumprem a prescrição médica parece ser o esquecimento, em qualquer um dos locais de atendimento.



CAPÍTULO VIII

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS



8. Apresentação e Discussão dos Dados Recolhidos pelos Questionários Aplicados a Indivíduos Antes da Consulta, a Profissionais de Saúde e a Indivíduos Não Doentes

Introdução

O estudo a que se refere o presente trabalho é um estudo quase experimental, que pretende verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis independentes, de acordo com as variáveis dependentes e a existência de um efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes em estudo.

O presente capítulo tem como objectivo dar a conhecer os dados recolhidos pela aplicação dos questionários a utentes antes da consulta com o profissional de saúde, a profissionais de saúde depois da consulta com o utente e a indivíduos não doentes, inquiridos em Espaços Públicos.

De acordo com o anteriormente estabelecido, pode dizer-se que, as análises estatísticas realizadas aos dados em questão respeitaram sempre o local de entrevista (Hospital Distrital de Faro; Centro de Saúde de Faro; Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos) e/ou o grupo de indivíduos (utentes antes da consulta, profissionais de saúde e indivíduos não doentes).

Na apresentação dos resultados abaixo definida optou-se por dividir as análises estatísticas em duas dimensões. Primeiramente, são analisados os factores relativos ao *design* experimental do trabalho e que dividem os inquiridos por grupo (utentes antes da consulta com o profissional de saúde; profissionais de saúde depois da consulta com o utente; e indivíduos não doentes) e por local de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos). *À posteriori* foi analisado o efeito das variáveis independentes sexo, habilitações literárias e idade dos inquiridos nas variáveis dependentes anteriormente referidas.

8.1. As Hipóteses Estatísticas do Estudo

No presente capítulo do trabalho de investigação utilizou-se a estatística descritiva e a estatística inferencial ou dedutiva.

A estatística descritiva foi aplicada na caracterização da amostra em estudo, na apresentação dos motivos da procura dos cuidados de saúde, na apresentação dos motivos do não cumprimento da prescrição médica, na identificação das causas da doença e na identificação dos motivos da falta de regularidade às consultas de odontologia.

Na estatística inferencial ou dedutiva foram utilizadas as análises estatísticas consideradas apropriadas ao tratamento dos dados. As análises utilizadas foram o Teste *T*, a Análise de Variância Simples, a Análise de Variância Factorial, o Teste de Qui-Quadrado e a Regressão Linear Múltipla.

As análises estatísticas acima referidas foram realizadas com o objectivo de verificar a diferença ou o efeito das variáveis independentes (Local da Consulta, Estado de Saúde e Efeito do Conhecimento acerca da Doença) nas variáveis dependentes (percepção de gravidade da doença, consequências da situação de doença para si mesmo, consequências da situação de doença para os familiares e amigos, *compliance* com os conselhos médicos, *compliance* com os conselhos do médico odontologista, satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral).

À posteriori, na segunda fase da análise estatística dos dados, pretende-se verificar o efeito das variáveis independentes (Sexo, Habilitações Literárias e Idade) nas variáveis dependentes acima referidas.

Ao realizar-se o tratamento estatístico dos dados está a assumir-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis independentes, de acordo com as variáveis dependentes, ou um efeito das variáveis independentes sobre as variáveis dependentes do estudo, sendo estas consideradas as hipóteses nulas das análises estatísticas. A não existência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis ou a não existência de um efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes, permite rejeitar a hipótese nula.

Este trabalho refere-se a um estudo quase experimental de campo, podendo considerar-se que se trata de um estudo experimental que assume, também, um carácter exploratório. Trata-se de um trabalho experimental porque a investigadora manipula as variáveis independentes (estando muitos aspectos desta manipulação contemplados na literatura sobre o tema) mas o estudo tem, também, um carácter exploratório em que se pretendem explorar novas interacções entre as variáveis e a descoberta de novos conhecimentos.

8.2. Breve Caracterização da Amostra

A média das idades dos inquiridos, independentemente do sexo, foi de 44 anos, com um desvio padrão de 15,77 e um intervalo de confiança a variar entre os 41,59 e os 45,58; um valor mínimo de 13 anos, ligeiramente acima do mínimo encontrado para os sujeitos inquiridos nos quatro locais de entrevista (Hospital; Centro de Saúde; Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos), na primeira parte do trabalho, e um valor igual máximo de 85 anos (figura 8.1.).

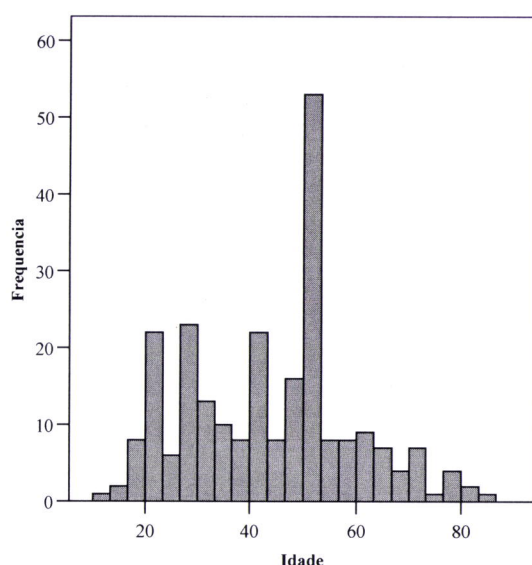


Figura 8.1 – Histograma para a idade dos inquiridos.

Na figura 8.2. representaram-se, por local de entrevista, os grupos etários previamente estabelecidos (metodologia: ponto 6.2.3.2. do capítulo VI).

Da sua análise pode concluir-se que a faixa etária mais jovem, ou grupo etário dos 10 aos 30 anos, utiliza com maior frequência o estabelecimento de saúde Clínicas de Odontologia, com um valor percentual de 42%.

Estes dados estão em oposição aos que se podem verificar para idades superiores a 51 anos onde se observaram valores percentuais para frequência às Clínicas de Odontologia num valor bastante inferior (7%), facto que já tinha sido, também, observado para os utentes na primeira parte do trabalho de investigação. Para esta faixa etária o valor mais elevado diz respeito à utilização do Hospital (92%) logo seguido do Centro de Saúde (38%).

No que se refere ao grupo de idade de 31 a 50 anos, adultos, parece poder referir-se que são, sobretudo, utentes do Centro de Saúde (53%) e das Clínicas de Odontologia (52%).

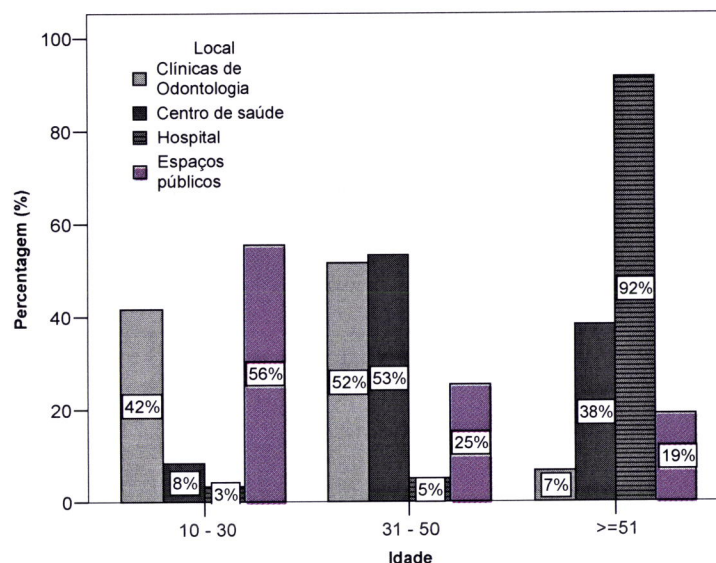


Figura 8.2. – Gráfico de barras relativo aos grupos de idade dos sujeitos inquiridos por local de entrevista.

A caracterização da amostra em estudo parece indicar que os estabelecimentos de saúde frequentados pelo grupo etário 10-30 anos são, sobretudo, as Clínicas de Odontologia. O grupo etário 31-50 anos frequenta, com maior regularidade, os estabelecimentos de saúde Clínicas de Odontologia e Centro de Saúde, enquanto que o grupo etário com idade igual ou superior a 51 anos frequenta, com maior regularidade o Hospital.

Estes resultados parecem indicar que, de acordo com a fase da vida em que os indivíduos se encontram, eles procuram cuidados de saúde diferenciados. A faixa etária correspondente a jovens adultos (10-30 anos) utiliza, com maior frequência, os estabelecimentos de saúde procurados para problemas de saúde oral e utiliza menor número de vezes os outros estabelecimentos de saúde, visto que estes indivíduos se encontram numa fase da sua vida em que necessitam menos dos cuidados do Hospital e Centro de Saúde.

Os adultos com idade compreendida entre os 31 e os 50 anos parecem frequentar em igual proporção as Clínicas de Odontologia e o Centro de Saúde. Estes utentes parecem procurar os cuidados de saúde, sobretudo, para problemas de saúde

oral e problemas de maior ou menor gravidade que necessitam de uma consulta com um médico de clínica geral.

Os indivíduos mais velhos, de acordo com Taylor (2003), utilizam os serviços de saúde com maior frequência. Neste caso, o grupo etário mais velho é aquele que utiliza com maior regularidade o Hospital, talvez por necessitar de cuidados de saúde mais especializados devido ao processo de envelhecimento e ao desenvolvimento de doenças crónicas.

No que diz respeito à distribuição dos sujeitos inquiridos segundo o sexo pode referir-se que, nas Clínicas de Odontologia, ambos os sexos recorrem a este serviço na mesma proporção (figura 8.3.).

O sexo feminino revelou um valor percentual superior no que respeita ao Centro de Saúde e Espaços Públicos (figura 8.3.).

O Hospital parece ter, por parte do sexo masculino, uma preferência mais elevada (62%) relativamente ao sexo feminino (38%) (figura 8.3.).

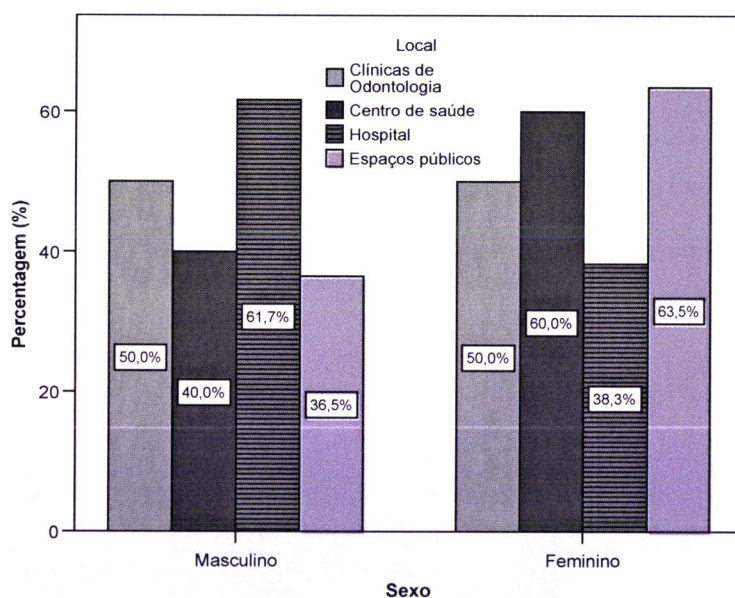


Figura 8.3. – Gráfico de barras relativo ao sexo dos sujeitos inquiridos por local de entrevista.

Quanto ao estado civil dos sujeitos inquiridos e distribuídos pelos locais de entrevista, a figura 8.4., mostrou que os indivíduos solteiros são aqueles que mais recorrem aos serviços de saúde das Clínicas de Odontologia (43%) (figura 8.4.).

Os indivíduos casados parecem recorrer em maior número ao Centro de Saúde de Faro (78%) e ao Hospital Distrital de Faro (83%) (figura 8.4.).

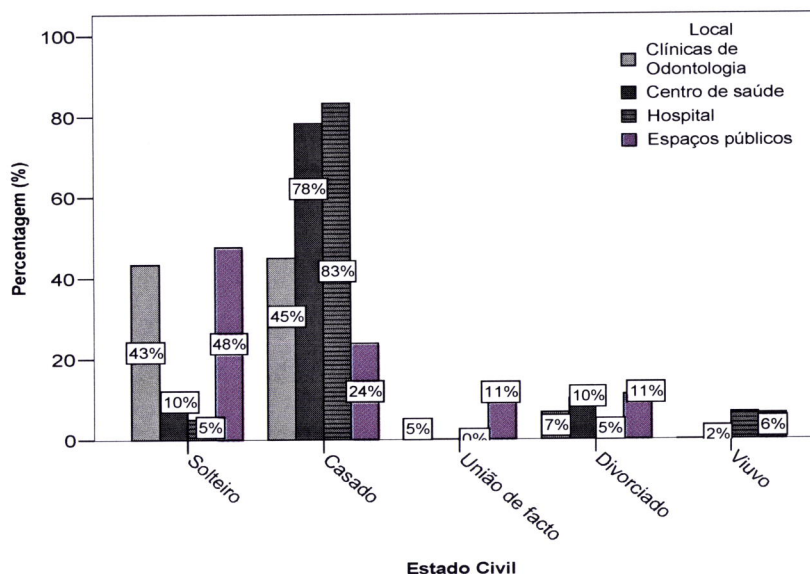


Figura 8.4. – Gráfico de barras relativo ao estado civil dos sujeitos inquiridos por local de entrevista.

Da análise da figura 8.5. parece poder referir-se que os utentes analfabetos ou com escolaridade até ao 1º Ciclo do Ensino Básico utilizam, com maior regularidade, o estabelecimento de saúde Hospital Distrital de Faro. As Clínicas de Odontologia são procuradas, essencialmente, pelos indivíduos com uma habilitação literária superior ao 3º Ciclo (figura 8.5.). Finalmente, nas categorias desde o 2º Ciclo ao nível mais elevado, o Hospital Distrital de Faro parece ser o estabelecimento de saúde menos requerido.

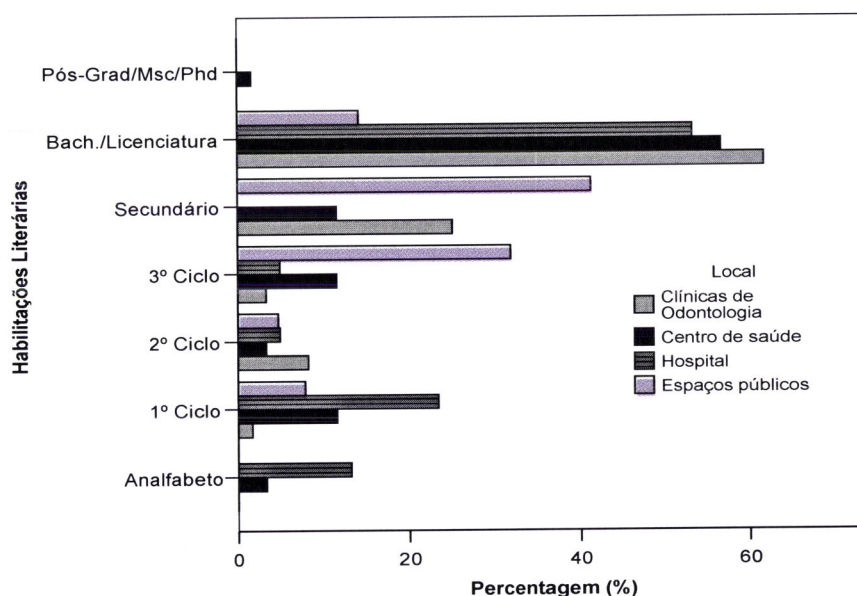


Figura 8.5. – Gráfico de barras relativo às habilitações literárias dos sujeitos inquiridos por local de entrevista.

Os dados recolhidos através da aplicação dos questionários parecem, revelar que os utentes do Hospital Distrital de Faro são os utentes que apresentam habilitações literárias mais baixas. Este facto pode estar relacionado com a idade dos utentes inquiridos neste estabelecimento de saúde. Sendo estes indivíduos os pertencentes a uma faixa etária mais elevada (superior ou igual a 51 anos), podem não ter tido a oportunidade de estudar pelo facto de terem começado a trabalhar cedo para ajudar a família nas despesas da casa.

Ao contrário destes, os indivíduos que frequentam as Clínicas de Odontologia parecem ser aqueles que possuem um nível de escolaridade mais elevado. Este facto pode estar relacionado com um maior poder económico por parte destes indivíduos, mas também, com o facto destes sujeitos serem mais jovens e, por isso, terem tido maiores oportunidades de progredir nos estudos. Os dados revelam ainda que este grupo de indivíduos é o que frequenta mais os estabelecimentos de saúde privados (figura 8.7.).

Quanto ao estado de saúde dos inquiridos pode deprender-se que aqueles que frequentam o Centro de Saúde e o Hospital se consideram doentes em 54% e 61% dos casos, respectivamente, enquanto que 46% e 39% dos sujeitos que frequentam estes dois estabelecimentos de saúde não se consideram doentes. Relativamente aos indivíduos inquiridos nos Espaços Públicos, há a referir que, a maior parte (79%) considera não estar doente e apenas 21% dos indivíduos inquiridos neste local de entrevista refere que sofre, no momento, de um problema de saúde (figura 8.6.).

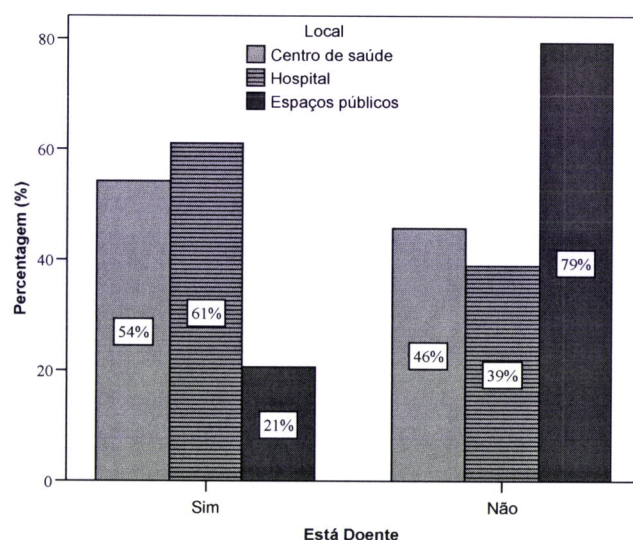


Figura 8. 6. – Gráfico de barras relativo ao estado de saúde dos sujeitos inquiridos por local de entrevista.

No que diz respeito ao tipo de estabelecimento de saúde a que recorrem os sujeitos inquiridos pode verificar-se que a maioria recorre aos Estabelecimentos de Saúde Públicos (cerca de 63%). Aproximadamente 31% recorre a estabelecimentos privados e apenas 6% recorre a ambos os estabelecimentos (públicos e privados).

A figura 8.7. revela a distribuição dos inquiridos por local de entrevista, no que se refere ao tipo de estabelecimento que utilizam com maior frequência.

Os sujeitos que referem ser utentes de estabelecimentos de saúde públicos são, fundamentalmente, os utentes do Hospital Distrital de Faro (77%) e os indivíduos inquiridos nos Espaços Públicos (83%). Cerca de metade dos utentes do Centro de Saúde de Faro (57%), também refere que frequenta, com maior regularidade, os estabelecimentos de saúde públicos.

Dos que recorrem aos estabelecimentos de saúde privados a preferência vai, de modo notório, para os sujeitos inquiridos nas Clínicas de Odontologia (87%).

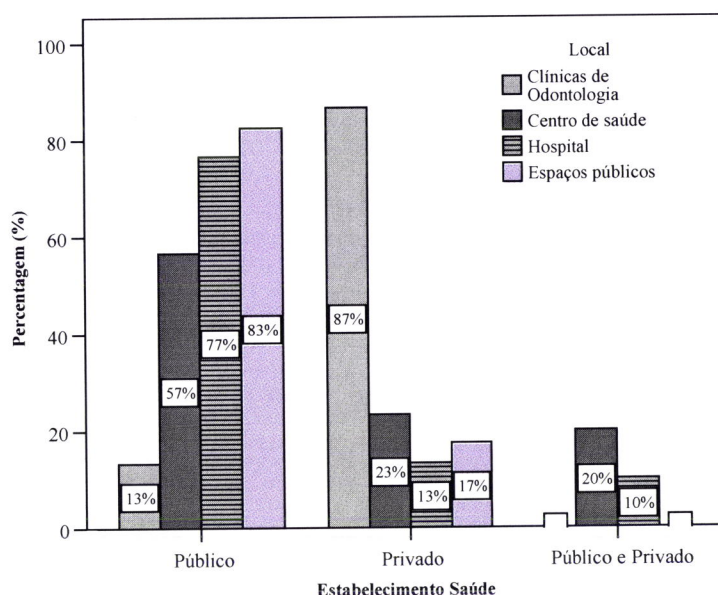


Figura 8.7. – Gráfico de barras relativo ao estabelecimento de saúde a que recorrem dos sujeitos inquiridos.

O gráfico acima revela alguns dados curiosos acerca dos sujeitos inquiridos e que se consideram dignos de realce. O primeiro destes dados é que os sujeitos inquiridos no Centro de Saúde de Faro e no Hospital Distrital de Faro afirmam frequentar, maior número de vezes, os estabelecimentos de saúde públicos do que os sujeitos inquiridos nas Clínicas de Odontologia.

Considera-se relevante, neste ponto, referir que a odontologia é uma especialidade da medicina que não está disponível no Serviço Nacional de Saúde e, por isso, os utentes têm que procurar um serviço privado para aceder aos cuidados de da medicina dentária. Assim, a sua percepção de utilização de um estabelecimento de saúde privado parece ser superior à dos sujeitos inquiridos em situação de utilização de um estabelecimento de saúde de utilidade pública.

8.3. Fidelidade dos Instrumentos Utilizados

As medidas da consistência interna dos instrumentos relativos às Consequências de uma situação de doença para si mesmo, Consequências de uma situação de doença para os outros, *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico, *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista, Satisfação com a consulta médica e Satisfação com as consultas médicas no geral, aplicados aos inquiridos, foram estudadas através do coeficiente Alfa de Cronbach.

Os resultados observados para cada dimensão revelaram valores entre 0,663 e 0,883, o que relativamente ao valor de referência de 0,80 (Pestana e Gajreiro, 2003), permitiu considerar que cada dimensão apresentou uma moderada ou boa consistência interna (tabela 8.1.).

Estes valores permitiram associar itens do questionário entre si e formar as dimensões que se encontram na tabela 8.1.

Tabela 8.1. Valor do Alfa de Cronbach.

	Alfa de Cronbach	Número de itens
Consequências da situação de doença para si mesmo.	,723	4
Consequências da situação de doença para os outros.	,719	4
<i>Compliance</i> com os tratamentos prescritos pelo médico.	,757	5
<i>Compliance</i> com os tratamentos prescritos pelo médico dentista.	,663	5
Satisfação com a consulta médica.	,871	4
Satisfação com as consultas médicas no geral.	,883	4

8.4. Resultados da Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista dos Inquiridos

8.4.1. A Percepção de Gravidade da Doença

Aplicou-se uma análise de variância ANOVA one way, tendo sido realizado o teste para a homogeneidade das variâncias (teste de Levene) cuja estatística se revelou favorável à aplicação desta técnica multivariada.

A aplicação da análise de variância simples, parte do pressuposto de que existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelo local de entrevista, de acordo com a variável dependente percepção de gravidade da doença e com os itens relacionados com esta variável.

São apresentados os resultados do teste de ANOVA na tabela 8.2., para os itens relacionados com a percepção de gravidade da doença, para a globalidade dos sujeitos inquiridos, nos três locais de entrevista (Hospital Distrital de Faro; Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro).

Os valores do teste F e os valores da probabilidade de significância mostraram que há diferenças entre os grupos *viz.* local de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro) para os itens curabilidade do problema de saúde, controlabilidade desse mesmo problema e responsabilidade pessoal pela situação de doença (tabela 8.2.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD parecem indicar que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nas Clínicas de Odontologia revelou valores de média superiores relativamente aos restantes grupos, para os itens curabilidade da doença, controlabilidade da doença e responsabilidade pessoal pela situação de doença (tabela 8.3.).

Para o item curabilidade o grupo de indivíduos que parece evidenciar valores de média mais baixos é o grupo inquirido no Centro de Saúde. Para os itens controlabilidade e responsabilidade pessoal pela doença, o grupo formado pelos sujeitos inquiridos no Hospital parece evidenciar valores de média mais baixos do que os restantes grupos (tabela 8.3.).

Tabela 8.2. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e *p* = probabilidade de significância).

		g.l	F	<i>p</i>
Curabilidade	Entre grupos	2	16,967	,000
	Dentro dos grupos	122		
	Total	124		
Controlabilidade	Entre grupos	2	3,692	,028
	Dentro dos grupos	124		
	Total	126		
Frequência	Entre grupos	2	1,144	,322
	Dentro dos grupos	126		
	Total	128		
Gravidade	Entre grupos	2	1,154	,319
	Dentro dos grupos	125		
	Total	127		
Responsabilidade	Entre grupos	2	88,448	,000
	Dentro dos grupos	125		
	Total	127		

Tabela 8.3. Estatísticas descritivas: valores da média.

		Média
Clínicas de Odontologia	Curabilidade	3,19
	Controlabilidade	2,97
	Frequência	3,10
	Gravidade	2,10
	Responsabilidade	3,77
Centro de saúde	Curabilidade	2,25
	Controlabilidade	2,69
	Frequência	2,84
	Gravidade	2,25
	Responsabilidade	2,06
Hospital	Curabilidade	2,56
	Controlabilidade	2,40
	Frequência	3,11
	Gravidade	2,39
	Responsabilidade	1,36

Os resultados obtidos através da aplicação dos questionários revelaram dados muito interessantes no que se refere à variável **percepção de gravidade da doença**, bem como para os itens que estão directamente relacionados com ela e que a influenciam. A saber, estes itens são: a curabilidade da doença, a controlabilidade da doença, a frequência com que aparece o problema de saúde e a responsabilidade pessoal pela situação de doença.

A análise estatística dos dados relativos às variáveis acima referidas revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelo

local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia), para os itens curabilidade da doença, controlabilidade da doença e responsabilidade pessoal pela situação de doença.

Estes resultados revelam que o local de entrevista tem influência nas percepções dos indivíduos no que se refere à curabilidade e controlabilidade da doença, assim como, na responsabilidade pessoal pela situação de doença. Mais ainda, a análise estatística revelou que o grupo de indivíduos com valores de média superiores é o inquirido nas Clínicas de Odontologia. Os resultados apresentados levam a considerar que os indivíduos inquiridos no estabelecimento de saúde Clínicas de Odontologia têm percepções de curabilidade, controlabilidade e responsabilidade pessoal pelo problema de saúde, superiores às dos inquiridos no Hospital e Centro de Saúde. Há, ainda, a referir que o grupo de sujeitos inquirido no Hospital percebe o problema de saúde como menos controlável e considera ter menor responsabilidade por esse problema. Estes indivíduos parecem indicar uma maior gravidade da sua situação de doença, pese embora não se tenham obtido resultados significativos do ponto de vista estatístico para este item.

Os sujeitos inquiridos no Centro de Saúde de Faro parecem ser o grupo de indivíduos com menor percepção de curabilidade do seu problema de saúde.

O facto dos sujeitos inquiridos nas Clínicas de Odontologia se encontrarem num estabelecimento de saúde que é procurado para cuidados médicos que não representam risco de vida, pode estar na origem destas diferenças. Além disso, quando procuram os cuidados de odontologia os indivíduos percebem o estabelecimento de saúde como um local procurado para problemas de saúde oral que, muitas vezes, podem ser curados com relativa facilidade, que requerem alguma responsabilidade por parte do utente na manutenção da saúde e bem-estar e que podem ser controlados, na maior parte dos casos, pelos próprios indivíduos, desde que, tenham uma higiene oral regular e que procurem regularmente os cuidados de saúde.

Assim, uma vez que, estes indivíduos mostram maiores percepções dos níveis de curabilidade, controlabilidade e responsabilidade pessoal pela doença, a percepção de gravidade da doença será menor neste grupo de indivíduos, uma vez que, estes itens actuam no sentido de diminuir a percepção da gravidade.

8.4.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para o Utente e para os Familiares e Amigos

No que diz respeito às variáveis consequências da doença para o utente e consequências da doença para os familiares e amigos, é esperado que existam diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelos locais de entrevista, de acordo com as duas variáveis dependentes referidas e com os itens com elas relacionados.

Os resultados do teste de ANOVA apresentados na tabela 8.4., para as consequências que uma situação de doença pode ter para o utente, permitiram verificar que a globalidade dos sujeitos inquiridos, nos três locais de entrevista (Hospital Distrital de Faro; Centro de Saúde de Faro e Espaços Públicos) mostrou que os valores da probabilidade de significância foram inferiores a 0,05 do alfa, indicando que há diferenças entre os grupos formados pelos locais de entrevista para os seguintes itens: Não ter dinheiro para cumprir o tratamento; Ficar dependente dos outros; Ter dificuldades no relacionamento com familiares e amigos; e Consequências da situação de doença para si mesmo. Para o item “Perder o emprego ou a ocupação profissional” foram encontrados resultados quase significativos, visto que $p < 0,057$, pelo que este item deverá ser ter-se em consideração (tabela 8.4.).

A análise do *post-hoc* Tuckey HSD informou que o grupo de indivíduos inquirido no Hospital revelou valores de média inferiores relativamente aos restantes locais de entrevista, para os itens: Não ter dinheiro para cumprir o tratamento; Ficar dependente dos outros; e Consequências da situação de doença para o utente.

Para o item “dificuldades de relacionamento com familiares e amigos”, o valor de média mais baixo corresponde aos inquiridos no Centro de Saúde de Faro. Para todos os itens acima referidos o grupo de indivíduos inquirido nos Espaços Públicos revelou valores de média superiores (tabela 8.5.).

Para o item “Perder o emprego ou a ocupação profissional”, os valores do *post-hoc* Tuckey HSD informam que o valor de média mais baixo foi encontrado para o grupo de sujeitos inquirido no Hospital, embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para este item (tabela 8.5.).

Tabela 8.4. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e *p* = probabilidade de significância).

		g.l	F	<i>p</i>
Perder emprego	Entre grupos	2	2,936	,057
	Dentro dos grupos	120		
	Total	122		
Falta dinheiro	Entre grupos	2	14,489	,000
	Dentro dos grupos	120		
	Total	122		
Dependência	Entre grupos	2	17,628	,000
	Dentro dos grupos	120		
	Total	122		
Dificuldades	Entre grupos	2	6,204	,003
	Dentro dos grupos	120		
	Total	122		
Consequência	Entre grupos	2	15,663	,000
	Dentro dos grupos	120		
	Total	122		

Tabela 8.5. Estatísticas descritivas: valores da média.

		Média
Centro de saúde	Perder emprego	2,00
	Falta dinheiro	2,27
	Dependência	2,13
	Dificuldades	1,33
	Consequência	7,73
Hospital	Perder emprego	1,53
	Falta dinheiro	1,33
	Dependência	1,50
	Dificuldades	1,40
	Consequência	5,77
Espaços públicos	Perder emprego	2,05
	Falta dinheiro	2,32
	Dependência	2,62
	Dificuldades	1,87
	Consequência	8,86

Na tabela 8.6. são apresentados os resultados do teste de ANOVA, para as consequências que uma situação de doença pode ter para os familiares e amigos do utente. A globalidade dos sujeitos inquiridos nos três locais de entrevista (Hospital; Centro de Saúde e Espaços Públicos), mostrou que os valores da probabilidade de significância foram inferiores a 0,05 do alfa, indicando que há diferenças entre os grupos formados pelos locais de entrevista para cada item considerado (tabela 8.6)..

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD informaram que o grupo Espaços Públicos revelou valores de média superiores relativamente aos restantes

Locais de Entrevista, para todos os itens desta dimensão (consequências da situação de doença para os familiares e amigos). O valor médio mais baixo foi encontrado para o grupo formado pelos sujeitos inquiridos no Hospital (tabela 8.7).

Tabela 8.6. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e *p* = probabilidade de significância).

		g.l.	F	<i>p</i>
Perder emprego (2)	Entre Grupos	2	7,331	,001
	Dentro dos Grupos	120		
	Total	122		
Dispêndio de tempo	Entre Grupos	2	8,903	,000
	Dentro dos Grupos	120		
	Total	122		
Ajuda financeira	Entre Grupos	2	14,949	,000
	Dentro dos Grupos	120		
	Total	122		
Dificuldades (2)	Entre Grupos	2	15,289	,000
	Dentro dos Grupos	120		
	Total	122		
Consequência A	Entre Grupos	2	22,242	,000
	Dentro dos Grupos	120		
	Total	122		

Tabela 8.7. Estatísticas descritivas: valores da média.

		Média
Centro de saúde	Perder emprego (2)	1,33
	Dispêndio de tempo	2,13
	Ajuda financeira	1,80
	Dificuldades (2)	1,43
	Consequência A	6,70
Hospital	Perder emprego (2)	1,07
	Dispêndio de tempo	1,47
	Ajuda financeira	1,40
	Dificuldades (2)	1,40
	Consequência A	5,33
Espaços públicos	Perder emprego (2)	1,60
	Dispêndio de tempo	2,29
	Ajuda financeira	2,38
	Dificuldades (2)	2,19
	Consequência A	8,46

No que diz respeito às variáveis **consequências da situação de doença para o utente e consequências da situação de doença para os outros**, os resultados obtidos através das análises estatísticas, revelaram que os indivíduos inquiridos no Hospital Distrital de Faro são os utentes mais otimistas relativamente às duas

variáveis acima referidas. Estes indivíduos revelaram valores de média inferiores para quase todos os itens relacionados com estas variáveis, bem como para os *scores* Consequências da situação de doença para si mesmo e Consequências da situação de doença para os outros. Estes resultados levam-nos a supor que apesar de se encontrarem numa situação de utilização do estabelecimento de saúde com conotação mais negativa, os sujeitos inquiridos no Hospital consideram que as consequências da situação de doença para si mesmo e para os indivíduos mais próximos, são menores do que para os restantes grupos de indivíduos inquiridos.

Já o grupo inquirido nos Espaços Públicos, grupo de indivíduos “não doentes”, considera que as consequências de uma situação de doença sua para os outros serão muito mais graves do que para os indivíduos inquiridos no Hospital ou no Centro de Saúde.

Estes resultados parecem revelar que quando os indivíduos se encontram numa situação de doença tendem a ser mais optimistas do que os indivíduos que não se encontram em situação de utilização de um estabelecimento de saúde. Parece que indivíduos doentes preferem desvalorizar os aspectos negativos da sua situação de doença enquanto que os indivíduos inquiridos em Espaços Públicos preferem considerar que uma situação de doença poderia trazer muitos problemas, quer para si mesmos, quer para as pessoas que lhes são mais próximas.

8.4.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde

A aplicação da análise de variância simples, parte do pressuposto de que existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelo local de entrevista, de acordo com a variável dependente *compliance* e com os itens relacionados com esta variável.

O teste de ANOVA (tabela 8.8.) mostrou para os sujeitos inquiridos nos quatro locais de entrevista (Hospital; Centro de Saúde; Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) que os valores da probabilidade de significância foram inferiores a 0,05 do alfa indicando, assim, resultados significativos para os itens: Faço o tratamento de forma correcta, nos horários e vezes recomendados; Paro o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer; Paro o tratamento quando me sinto melhor; Paro o tratamento quando sinto que me faz mal a outra coisa; e para o *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico (tabela 8.8.).

Para o item “Costumo cumprir o tratamento prescrito pelo profissional de saúde, nos horários e vezes recomendados e até ao final”, não se observaram diferenças estatísticas significativas, embora o valor da probabilidade seja quase significativo $p < 0,057$. Este deverá ser, então, um valor a considerar no estudo pois o aumento do número de indivíduos da amostra poderia, eventualmente, revelar valores significativos do ponto de vista estatístico (tabela 8.8.).

Analisando os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD, estes informam que o grupo de indivíduos inquirido nos Espaços Públicos revelou valores de média inferiores, relativamente aos restantes Locais de Entrevista, para praticamente todos os itens da dimensão *Compliance*, enquanto que o valor médio do grupo inquirido no Hospital revelou para todos os itens referidos, valores superiores (tabela 8.9.).

Estas conclusões podem ser, também, retiradas para o item cumprimento do tratamento prescrito pelo profissional de saúde, nos horários e vezes recomendados e até ao final, pese embora, este não tenha encontrado diferenças estatisticamente significativas (tabela 8.9.).

Tabela 8.8. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e p = probabilidade de significância).

		g.l.	F	p
Tratamento	Entre grupos	3	10,279	,000
	Dentro dos grupos	149		
	Total	152		
Paro atempadamente	Entre grupos	3	5,454	,001
	Dentro dos grupos	149		
	Total	152		
Paro se me sinto melhor	Entre grupos	3	6,022	,001
	Dentro dos grupos	149		
	Total	152		
Paro se sinto que faz mal a outra coisa	Entre grupos	3	7,322	,000
	Dentro dos grupos	149		
	Total	152		
Cumprimento	Entre grupos	3	2,549	,057
	Dentro dos grupos	233		
	Total	236		
Compliance	Entre grupos	3	10,952	,000
	Dentro dos grupos	149		
	Total	152		

Tabela 8.9. Estatísticas descritivas: valores da média.

		Média
Clínicas de Odontologia	Tratamento	4,60
	Paro atempadamente	4,57
	Paro se me sinto melhor	4,07
	Paro se sinto que faz mal a outra coisa	2,27
	Cumprimento	4,27
	Compliance	19,87
Centro de saúde	Tratamento	4,73
	Paro atempadamente	4,27
	Paro se me sinto melhor	3,63
	Paro se sinto que faz mal a outra coisa	2,53
	Cumprimento	4,35
	Compliance	19,77
Hospital	Tratamento	4,80
	Paro atempadamente	4,87
	Paro se me sinto melhor	4,37
	Paro se sinto que faz mal a outra coisa	3,80
	Cumprimento	4,46
	Compliance	22,50
Espaços públicos	Tratamento	4,08
	Paro atempadamente	3,98
	Paro se me sinto melhor	3,17
	Paro se sinto que faz mal a outra coisa	2,30
	Cumprimento	4,05
	Compliance	17,59

Os resultados obtidos através da aplicação dos questionários revelaram aspectos muito interessantes no que se refere à variável *compliance* (adesão ao tratamento médico), bem como para os itens que estão directamente relacionados com esta variável. Recordando estes itens, pode referir-se que são: faço o tratamento de forma correcta, nos horários e vezes recomendados pelo médico; paro a medicação ou o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer; paro a medicação ou o tratamento quando me sinto melhor; paro a medicação ou o tratamento quando sinto que me está a fazer mal a outra coisa; e costumo cumprir o tratamento prescrito pelo médico nos horários e vezes recomendados e até ao final.

A análise estatística dos dados relativos aos itens acima referidos revelou que existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelos locais da entrevista, de acordo com os itens faço o tratamento de forma correcta, paro o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer, paro o tratamento quando me sinto melhor, paro o tratamento quando sinto que me está a fazer mal a outra coisa e para o *score* dos itens acima referidos e designado por *compliance*.

Assim, parece poder concluir-se que o local de entrevista tem influência na percepção de *compliance* por parte dos indivíduos inquiridos.

Em relação aos resultados obtidos parece poder afirmar-se que os indivíduos não doentes cumprem menor número de vezes os tratamentos recomendados pelos profissionais de saúde, enquanto que os sujeitos inquiridos no Hospital Distrital de Faro dizem-se mais aderentes à prescrição médica do que os restantes grupos de indivíduos.

Parece, de acordo com estes resultados que, o contexto da consulta e a situação de mal-estar actuam no sentido de aumentar a percepção de adesão por parte dos indivíduos. Os sujeitos que se encontram numa situação de não utilização de um estabelecimento de saúde estão numa situação em que o contexto da consulta não está presente e, eventualmente por isso, consideram cumprir menor número de vezes os tratamentos médicos.

O caso muda de figura quando nos referimos aos sujeitos inquiridos no Hospital Distrital de Faro porque, neste caso, os indivíduos encontram-se numa situação de doença e frequentam o estabelecimento de saúde com conotação menos positiva, aquele que está mais vezes associado com a necessidade de uma intervenção cirúrgica e com internamento. Neste caso, apesar dos indivíduos se mostrarem mais optimistas em relação às consequências que uma situação de doença pode ter nas suas vidas e nas vidas dos familiares e amigos, parecem, também, considerar que é mais sensato cumprir os tratamentos médicos que oferecem uma promessa de melhoria das condições de vida e do estado de saúde, diminuindo a probabilidade de uma intervenção cirúrgica ou de um internamento.

8.4.4. Satisfação com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral

No que diz respeito às variáveis confiança no profissional de saúde, avaliação do estabelecimento de saúde, satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral, é esperado que existam diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelos locais de entrevista, de acordo com as quatro variáveis dependentes acima referidas.

Na tabela 8.10. estão apresentados os resultados do teste de ANOVA para os itens confiança no profissional de saúde e avaliação do estabelecimento de saúde. Registaram-se, para os sujeitos inquiridos nos locais de entrevista, valores de

probabilidade de significância inferiores a 0,05 do alfa, indicando que há diferenças estatísticas entre os grupos formados pelos locais de entrevista (Hospital Distrital de Faro; Centro de Saúde de Faro; Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos) para os dois itens considerados (tabela 8.10.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD informaram que o grupo inquirido nos Espaços Públicos revelou valores de média inferiores relativamente aos restantes Locais de Entrevista, para os dois itens considerados. Os sujeitos inquiridos no estabelecimento de saúde Clínicas de Odontologia revelaram, para os referidos itens, valores de média mais elevados (tabela 8.11.).

Tabela 8.10. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e *p* = probabilidade de significância).

		g.l.	F	<i>p</i>
Confiança	Entre Grupos	3	5,533	,001
	Dentro dos Grupos	149		
	Total	152		
Avaliação do Estabelecimento de saúde	Entre Grupos	3	10,809	,000
	Dentro dos Grupos	149		
	Total	152		

Tabela 8.11. Estatísticas descritivas: valores da média.

		Média
Clínicas de Odontologia	Confiança	3,30
	Avaliação do Estabelecimento de saúde	3,93
Centro de saúde	Confiança	3,13
	Avaliação do Estabelecimento de saúde	3,50
Hospital	Confiança	3,00
	Avaliação do Estabelecimento de saúde	3,60
Espaços públicos	Confiança	2,81
	Avaliação do Estabelecimento de saúde	3,08

A relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o utente é de grande importância para os cuidados de saúde. Esta relação e, sobretudo, os aspectos comunicacionais têm sido implicados na adesão do utente aos tratamentos recomendados pelo profissional de saúde.

A percepção de **confiança** que os utentes têm no seu médico e a **avaliação** que fazem dos **estabelecimentos de saúde** que frequentam, são factores que podem

afectar a relação dos pacientes com o médico que os assiste no estabelecimento de saúde. Os itens confiança no profissional de saúde e avaliação do estabelecimento de saúde revelaram que existem diferenças estatisticamente significativas, no grupo de indivíduos relativamente ao local de entrevista (Hospital; Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos). Assim, a partir dos resultados obtidos para estes itens parece poder afirmar-se que os indivíduos inquiridos nos Espaços Públicos dizem-se menos confiantes nos profissionais de saúde dos quais são pacientes e têm uma percepção mais negativa dos estabelecimentos de saúde que frequentam. Pensa-se que o facto destes indivíduos serem “não doentes” e de estarem a ser inquiridos em locais não relacionados com o Serviço Nacional de Saúde possa ser responsável por estes resultados. Como estão numa situação de não necessidade dos serviços médicos, têm uma perspectiva do serviço nacional de saúde vista do exterior e isso pode fazer com que avaliem os estabelecimentos de saúde como menos positivos e afirmem ter menor confiança no profissional de saúde do qual são pacientes.

Relativamente aos mesmos itens dos questionários, os indivíduos inquiridos nas Clínicas de Odontologia revelam valores de média mais elevados para estes itens, o que parece sugerir que estes indivíduos têm uma maior confiança no profissional de saúde do qual são pacientes e fazem uma avaliação positiva do estabelecimento de saúde que frequentam. Estes resultados parecem estar relacionados com o facto das Clínicas de Odontologia serem estabelecimentos de saúde privados, assim, os utentes deste estabelecimento frequentam-no e são pacientes daquele profissional de saúde porque o escolheram e não porque lhes foi imposto pelo Serviço Nacional de Saúde. Assim, a confiança no profissional de saúde parece aumentar pelo facto deste ter sido escolha do utente e o estabelecimento de saúde tem uma avaliação positiva porque existe sempre a hipótese de mudança se a satisfação com o profissional de saúde ou com o estabelecimento de saúde se alterar.

Na tabela 8.12. são apresentados os resultados do teste de ANOVA, para os itens relacionados com a satisfação com a consulta médica. A globalidade dos sujeitos inquiridos, nos quatro locais de entrevista, mostrou que os valores da probabilidade de significância foram inferiores a 0,05 do alfa, indicando que há diferenças entre os grupos formados pelos locais de entrevista (Hospital; Centro de Saúde; Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) para cada um dos itens considerados.

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD permitiram concluir que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de média inferiores, relativamente aos restantes Locais de Entrevista, para todos os itens desta dimensão satisfação com a consulta médica (tabela 8.13.)

Valores superiores de média foram registados para o grupo inquirido no Hospital, nos itens: “Satisfação com a consulta médica”, “O médico encoraja o utente a colocar questões” e “Quando marco uma consulta, o tempo entre a marcação e a consulta é muito longo”. Para o item “O médico fornece toda a informação necessária à compreensão do estado de saúde e do tratamento”, o valor médio mais elevado foi atribuído ao grupo inquirido nas Clínicas de Odontologia. Para o item “O médico demonstra interesse relativamente às preocupações do utente” o valor médio mais elevado foi encontrado para o grupo inquirido no Centro de Saúde (tabela 8.13.).

Tabela 8.12. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e *p* = probabilidade de significância).

		g.l.	F	<i>p</i>
Informação	Entre grupos	3	23,898	,000
	Dentro dos grupos	149		
	Total	152		
Perguntas	Entre grupos	3	35,560	,000
	Dentro dos grupos	149		
	Total	152		
Interesse	Entre grupos	3	33,827	,000
	Dentro dos grupos	149		
	Total	152		
Consulta	Entre grupos	3	14,454	,000
	Dentro dos grupos	149		
	Total	152		
Satisfação	Entre grupos	3	40,760	,000
	Dentro dos grupos	149		
	Total	152		

Tabela 8.13. Estatísticas descritivas: valores da média.

		Média
Clínicas de Odontologia	Informação	4,77
	Perguntas	4,20
	Interesse	4,65
	Consulta	3,80
	Satisfação	17,42
Centro de saúde	Informação	4,73
	Perguntas	4,60
	Interesse	4,77
	Consulta	3,77
	Satisfação	17,87
Hospital	Informação	4,73
	Perguntas	4,73
	Interesse	4,67
	Consulta	4,00
	Satisfação	18,13
Espaços públicos	Informação	3,48
	Perguntas	2,81
	Interesse	3,19
	Consulta	2,56
	Satisfação	12,03

A **satisfação** dos pacientes com a **consulta médica** foi determinada pela soma dos seguintes itens: o meu médico fornece-me toda a informação necessária à compreensão do tratamento que prescreve e do meu estado de saúde; o meu médico encoraja-me a fazer perguntas; o meu médico demonstra interesse relativamente às minhas preocupações; e quando marco uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo. O último item sofreu uma inversão na escala, uma vez que, actua no sentido de diminuir a satisfação dos utentes com as consultas médicas.

Os resultados obtidos através da aplicação dos questionários, nos quatro locais de entrevista, revelaram que os indivíduos “não doentes” parecem menos satisfeitos com as consultas médicas do que os indivíduos “doentes” (inquiridos numa situação de utilização de um estabelecimento de saúde). Mais uma vez, os resultados obtidos levam a pensar que o facto dos indivíduos se encontrarem numa situação exterior ao SNS faz com que a sua percepção de satisfação diminua.

Os indivíduos pertencentes ao grupo inquirido no Hospital Distrital de Faro parecem dizer-se mais satisfeitos com as consultas médicas, parecendo, sobretudo, satisfeitos com o facto dos profissionais de saúde os encorajarem a colocar questões e com o facto das consultas de médicas não serem muito demoradas. Já os indivíduos

inquiridos nas Clínicas de Odontologia parecem satisfeitos com as informações fornecidas pelo profissional de saúde. No Centro de Saúde os utentes consideram que o profissional de saúde demonstra interesse relativamente às suas preocupações.

Os resultados apresentados parecem indicar que os indivíduos quando inquiridos no contexto de utilização de um estabelecimento de saúde são mais otimistas relativamente aos aspectos da consulta médica e dizem-se mais satisfeitos com esses aspectos. No caso dos questionários serem aplicados num contexto de não utilização de um estabelecimento de saúde, os indivíduos dizem-se menos satisfeitos com a consulta médica e com todos os itens relacionados com esta variável.

Os resultados do teste de ANOVA mostraram-se todos significativos, para os itens relacionados com a satisfação com as consultas médicas no geral, indicando que há diferenças entre os grupos formados pelos locais de entrevista (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos), para cada item considerado (tabela 8.14).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD informaram que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos, revelou valores de média inferiores relativamente aos restantes Locais de Entrevista, para todos os itens relacionados com a satisfação dos utentes com as consultas médicas no geral (tabela 8.15.).

Os valores médios mais elevados foram encontrados para o grupo inquirido no Hospital Distrital de Faro, nos itens: os médicos fornecem a informação necessária à compreensão do tratamento que prescrevem e do estado de saúde do paciente; os médicos encorajam os utentes a fazer perguntas; quando o utente marca uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo; e para o *score* satisfação com as consultas médicas no geral. Para o item os médicos demonstram interesse relativamente às preocupações dos utentes, o valor médio mais elevado foi encontrado para o grupo de sujeitos inquirido no Centro de Saúde (tabela 8.15.).

Tabela 8.14. Quadro resultante da aplicação da análise de variância (ANOVA) one way, aplicada aos participantes considerando os locais de entrevista utilizados (g.l. = graus de liberdade; F = estatística e *p* = probabilidade de significância).

		g.l.	F	<i>p</i>
Informação A	Entre grupos	3	19,095	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Perguntas A	Entre grupos	3	32,952	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Interesse A	Entre grupos	3	25,049	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Consulta A	Entre grupos	3	20,953	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		
Satisfação A	Entre grupos	3	32,466	,000
	Dentro dos grupos	239		
	Total	242		

Tabela 8.15. Estatísticas descritivas: valores da média.

		Média
Clínicas de Odontologia	Informação A	3,90
	Perguntas A	3,38
	Interesse A	3,78
	Consulta A	2,85
	Satisfação A	13,92
Centro de saúde	Informação A	4,03
	Perguntas A	3,77
	Interesse A	4,35
	Consulta A	3,08
	Satisfação A	15,23
Hospital	Informação A	4,53
	Perguntas A	4,53
	Interesse A	4,00
	Consulta A	3,80
	Satisfação A	16,87
Espaços públicos	Informação A	3,06
	Perguntas A	2,63
	Interesse A	2,81
	Consulta A	2,17
	Satisfação A	10,68

A variável **satisfação com as consultas médicas no geral** foi determinada somando os itens que se seguem: os médicos fornecem a informação necessária à compreensão do tratamento que prescrevem e do estado de saúde dos pacientes; os médicos encorajam os utentes a fazer perguntas; os médicos demonstram interesse

relativamente às preocupações dos utentes; e quando um utente marca uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo. O último item sofreu uma inversão na escala, uma vez que, actua no sentido de diminuir a satisfação dos utentes com as consultas médicas, no geral.

Os resultados obtidos através da aplicação dos questionários, nos quatro locais de entrevista (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) revelaram resultados semelhantes aos obtidos para a variável satisfação com a consulta médica.

Os resultados parecem indicar que os indivíduos inquiridos nos Espaços Públicos se revelam menos satisfeitos com as consultas médicas em geral. Os sujeitos que parecem mais satisfeitos com as consultas médicas, no geral, são os inquiridos no Hospital que mostram valores de média mais elevados não só para a variável satisfação, como também para os itens relacionados com a informação fornecida pelo médico, com o encorajamento do paciente a colocar questões e relativamente ao tempo que passa entre a marcação e a consulta, num estabelecimento de saúde. Já o grupo inquirido no Centro de Saúde, mostram-se mais satisfeitos com o interesse que os médicos demonstram relativamente às suas preocupações.

8.4.5. O Tipo de Doença

O estudo pretendia, também, verificar se existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelo local de entrevista, de acordo com o tipo de doença que os inquiridos consideram ter.

Para o efeito aplicou-se um teste de Qui-Quadrado o qual revelou um valor de probabilidade de significância de $p = 0,642$, logo superior a 0,05, não há evidências estatísticas de que existam diferenças significativas nos grupos de sujeitos inquiridos por local de entrevista, de acordo com o Tipo de Doença (A regra prática de aplicação do teste de Qui-Quadrado foi violada, i.e. há frequências esperadas inferiores a 5; o teste de Qui-Quadrado pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades) (tabela 8.16. e 8.17.).

O coeficiente V de Cramer revelou um valor de coeficiente de dependência das variáveis fraco: 0,124 (medida de associação) (tabela 8.17.).

Tabela 8.16. Frequências esperadas e observadas para o Tipo de Doença e Local de Entrevista.

		Tipo Doença			Total	
		Aguda	Crónica	Reactiva		
Local	Centro de saúde	Observado	9	21	1	31
		Esperado	9,1	21,4	,5	31,0
	Hospital	Observado	8	19	0	27
		Esperado	7,9	18,6	,5	27,0
Total		Observado	17	40	1	58
		Esperado	17,0	40,0	1,0	58,0

Tabela 8.17. Teste de Qui-Quadrado: parâmetros do teste e medida de associação – Cramer V.

	Estatística de teste	g.l.	p
Pearson:Qui-Quadrado	,887 ^a	2	,642
Coefficiente de Cramer V	,124		,642
N	58		

a. 2 células (33,3%) com frequência esperada menor do que 5. O mínimo esperado é 0,47.

Relativamente ao tipo de doença que os sujeitos inquiridos consideram ter, a análise estatística dos dados revelou que não há diferenças nas respostas dos inquiridos, de acordo com o estabelecimento de saúde que frequentam.

Como havia sido referido no capítulo anterior, parece poder dizer-se que não há diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelo local de entrevista de acordo com o tipo de doença que os inquiridos consideram ter.

8.5. Resultados da Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista e o Grupo de Indivíduos

8.5.1. A Percepção de Gravidade da Doença

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Conhecimento acerca da Doença” (utentes inquiridos antes da consulta e profissionais de saúde inquiridos depois da consulta), do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) e da possível interação entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Percepção de Gravidade da Doença” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se que o factor local de entrevista e o factor conhecimento acerca da doença tenham um efeito estatisticamente significativo na variável dependente percepção de gravidade da doença.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) não tem um efeito significativo na variável dependente percepção de gravidade da doença, visto que $F_{(5; 127)} = 1,144$; $p < 0,322$ (tabela 8.18.).

Quanto à variável conhecimento acerca da doença (utentes antes da consulta e profissional de saúde depois da consulta), também não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que $F_{(5; 127)} = 0,187$; $p < 0,666$. O mesmo aconteceu relativamente à interacção entre os dois factores (local de entrevista e conhecimento acerca da doença), visto que $F_{(5; 127)} = 0,197$; $p < 0,821$ (tabela 8.18.).

Estes resultados indicam que o local de entrevista, o conhecimento acerca da doença e a interacção entre as duas variáveis não têm um efeito estatisticamente significativo na variável dependente percepção de gravidade da doença (tabela 8.18.).

Tabela 8.18. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

Dependent Variable: Gravidade			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	1,144	,322
Grupo de indivíduos	1	,187	,666
Local * Grupo de indivíduos	2	,197	,821

A análise de variância factorial permitiu verificar que as variáveis independentes local de entrevista e conhecimento acerca da doença não têm efeito significativo, do ponto de vista estatístico, na variável dependente percepção de gravidade da doença.

Muito embora esta análise não tenha dado resultados significativos do ponto de vista estatístico parece interessante referir que os sujeitos com menores percepções de gravidade do estado de saúde são os inquiridos nas Clínicas de

Odontologia e os que apresentam maior percepção de gravidade da doença são os inquiridos no Hospital Distrital de Faro.

Parece também relevante referir que a percepção de gravidade é menor no grupo formado pelos profissionais de saúde nos estabelecimentos Centro de Saúde e Hospital. Os utentes antes da consulta têm menor percepção de gravidade da sua saúde oral do que os profissionais de saúde nas Clínicas de Odontologia, pese embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico.

Assim, e analisando os resultados obtidos parece poder dizer-se que o local de entrevista tem influência, ainda que não significativa, na percepção de gravidade dos sujeitos inquiridos, mostrando os utentes do Hospital e Centro de Saúde percepções superiores às dos profissionais de saúde e ocorrendo o inverso quando o utente procura as Clínicas de Odontologia.

8.5.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença o Utente e para os Familiares e Amigos

As variáveis dependentes consequências da situação de doença para si mesmo e consequências da situação de doença para os familiares e amigos não puderam sofrer o processo de análise para o conhecimento acerca da doença (utentes antes da consulta e profissionais de saúde depois da consulta), visto que, para estas dimensões nem sempre houve respostas nos dois grupos: utentes antes da consulta e profissionais de saúde.

8.5.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde

As variáveis dependentes *compliance* com os tratamentos recomendados pelo profissional de saúde e *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista não puderam sofrer o processo de análise para o conhecimento acerca da doença, visto que, para estas dimensões nem sempre houve respostas nos dois grupos: utentes antes da consulta e profissionais de saúde.

8.5.4. Satisfação com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral

A variável dependente satisfação com a consulta médica não pode sofrer o processo de análise para o conhecimento acerca da doença, visto que, para esta dimensão nem sempre houve respostas nos dois grupos: utentes antes da consulta e profissionais de saúde.

O efeito do Factor “Conhecimento acerca da Doença”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Satisfação com as Consultas Médicas no Geral” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Como já foi anteriormente referido, espera-se que as variáveis independentes acima referidas tenham um efeito significativo na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral. A não existência de efeito das variáveis independentes na variável dependente permite rejeitar a hipótese nula.

A análise da tabela 8.19. permite concluir que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de Entrevista tem um efeito na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral, uma vez que, $F_{(5; 179)} = 11,568$; $p = 0,000$ (tabela 8.19).

No que se refere à variável independente conhecimento acerca da doença, verificou-se que esta também tem um efeito significativo na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral, note-se que $F_{(5; 179)} = 46,829$; $p = 0,000$ (tabela 8.19).

Finalmente, em relação à interacção entre os dois factores, também se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, $F_{(5; 179)} = 7,099$; $p < 0,001$ (tabela 8.19).

Os valores médios mais elevados puderam ser observados para o grupo de profissionais de saúde, nos três locais de entrevista (tabela 8.20. e figura 8.8.).

A tabela 8.20. e a figura 8.8. parecem, também, indicar que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos no Hospital Distrital de Faro revelou valores de média superiores aos restantes grupos de indivíduos para a variável satisfação com as consultas médicas no geral.

Tabela 8.19. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

Dependent Variable: SatisfaçãoA

Fonte	g.l.	F	p
Local	2	11,568	,000
Grupo de indivíduos	1	46,829	,000
Local * Grupo de indivíduos	2	7,099	,001

Tabela 8.20. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: SatisfaçãoA

Local	Antes e Profissionais de saúde	Média
Clínicas de Odontologia	Antes	10,87
	Profissionais de saúde	16,97
	Total	13,92
Centro de saúde	Antes	14,27
	Profissionais de saúde	16,20
	Total	15,23
Hospital	Antes	15,73
	Profissionais de saúde	18,00
	Total	16,87

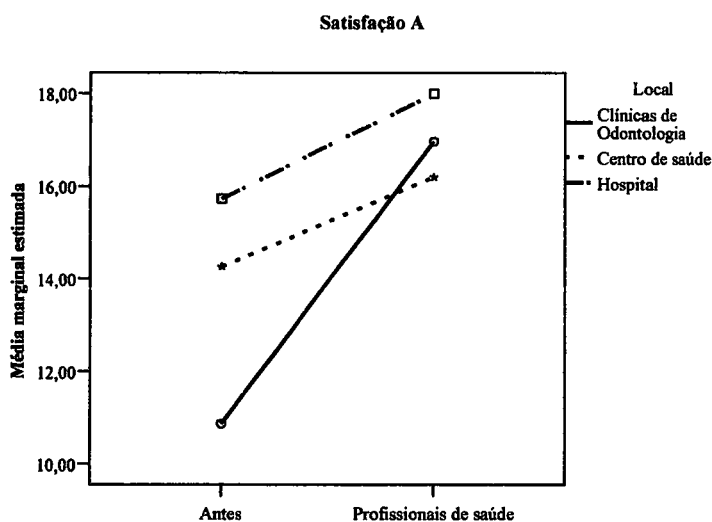


Figura 8.8. Gráfico de perfil da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Grupo de Indivíduos.

A observação das tabelas e do gráfico acima, permite concluir que o factor local tem um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral, estes resultados estão de acordo com

os encontrados no capítulo VII para as mesmas variáveis (independente e dependente). A análise estatística dos dados parece indicar, à semelhança dos dados apresentados anteriormente, que o factor local tem um efeito na percepção de satisfação dos sujeitos inquiridos, mostrando-se o grupo inquirido no Hospital mais satisfeito com as consultas médicas no geral, do que os restantes grupos de indivíduos.

Os resultados da análise de variância factorial parecem, ainda, indicar que a variável conhecimento acerca da doença também tem um efeito na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral. Mais ainda, revela que os profissionais de saúde estão mais satisfeitos com os aspectos relacionados com as consultas médicas no geral, do que os seus utentes, em qualquer dos três estabelecimentos de saúde (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia).

De acordo com Curtis (2000), as investigações sugerem que os médicos e os pacientes nem sempre partilham a mesma opinião relativamente ao sucesso das consultas. Os médicos são muito optimistas acerca das consultas e do modo como o seu conselho é importante para o paciente (Curtis, 2000). Os resultados obtidos parecem estar de acordo com os pressupostos teóricos acima apresentados.

Não deixa, também, de ser relevante, o facto da interacção entre as variáveis local de entrevista e conhecimento acerca da doença ter um efeito significativo sobre a variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral.

Resumo

No presente capítulo foram analisados os efeitos das variáveis independentes Local da Consulta; Conhecimento acerca da Doença e Estado de Saúde, nas variáveis dependentes (percepção de gravidade da doença e satisfação com as consultas médicas no geral). As restantes variáveis dependentes não puderam sofrer o processo de análise, pelo facto de nem sempre existirem respostas nos dois grupos de indivíduos: utentes antes da consulta e profissionais de saúde.

Os resultados obtidos parecem indicar que as variáveis independentes local da consulta, estado de saúde e conhecimento acerca da doença, não têm um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente percepção de gravidade da doença. No entanto, no que diz respeito à variável dependente

satisfação com as consultas médicas no geral, esta sofre um efeito significativo das variáveis independentes acima referidas e da interacção entre estas variáveis.

No sub-capítulo que seguidamente se apresenta Capítulo VIII – A, são analisados *à posteriori* os efeitos das variáveis independentes Sexo, Habilitações Literárias e Idade nas variáveis dependentes em estudo. Estas variáveis independentes são analisadas *à posteriori* porque são variáveis cujo estudo se mostrou favorável, no decorrer da análise estatística dos dados.

CAPÍTULO VIII - A.

Resultados do Efeito das Variáveis Independentes Analisadas *à Posteriori* nas Variáveis Dependentes em Estudo

Introdução

Depois de analisado *à priori* o efeito das variáveis independentes conhecimento acerca da doença, local da consulta e estado de saúde, nas variáveis dependentes (capítulo VIII), serve o presente sub-capítulo para apresentar os efeitos das variáveis independentes analisadas *à posteriori*, as variáveis independentes que não estavam contempladas no *design* do trabalho de investigação mas cuja análise se revelou favorável.

Consideram-se como variáveis independentes analisadas *à posteriori* o sexo dos inquiridos, as suas habilitações literárias e a idade, que no presente caso aparece classificada em três grupos etários (10-30 anos, jovens adultos, 31-50 anos, adultos e idade superior a 51 anos, adultos maduros).

As variáveis dependentes consideradas no estudo são a percepção de gravidade da doença, as consequências da situação da doença para o utente e para os indivíduos mais próximos, o *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico e pelo médico dentista e a satisfação com a consulta médica e consultas médicas no geral.

8.6. Resultados de Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista e o Sexo dos Inquiridos

8.6.1. A Percepção de Gravidade da Doença

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Sexo”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Percepção de Gravidade da Doença” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, como já foi referido, que o factor local de entrevista e o factor sexo tenham um efeito estatisticamente significativo na variável dependente percepção de gravidade da doença.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que não existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) tenha um efeito na variável dependente percepção de gravidade da doença, visto que $F_{(5; 127)} = 1,123; p < 0,329$ (tabela 8.21.).

Quanto à variável independente sexo, também não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, veja-se que $F_{(5; 127)} = 0,009; p < 0,925$. O mesmo se verificou relativamente à interacção entre os dois factores (local de entrevista e sexo), visto que $F_{(5; 127)} = 0,425; p < 0,655$ (tabela 8.21.).

Tabela 8.21. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Sexo.

Dependent Variable: Gravidade			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	1,123	,329
Sexo	1	,009	,925
Local * Sexo	2	,425	,655

A análise estatística dos dados permitiu concluir que o factor local de entrevista e o factor sexo não têm influência na variável dependente percepção de gravidade da doença.

8.6.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para o Utente e para os Familiares e Amigos

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Sexo”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Consequências da Situação de Doença para o Utente” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, com esta análise, que os factores local de entrevista e sexo tenham um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente consequências da doença para si mesmo.

A observação da tabela 8.22. permite concluir que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista tem um efeito na variável dependente consequências da situação de doença para o utente, visto que, $F_{(5; 122)} = 11,183$; $p = 0,000$ (tabela 8.22.).

Quanto à variável sexo, não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que, $F_{(5; 122)} = 0,394$; $p < 0,532$. O mesmo aconteceu relativamente à interacção entre os dois factores (local de entrevista e sexo), visto que, $F_{(5; 122)} = 0,316$; $p < 0,729$ (tabela 8.22.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD permitiram concluir que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de média superiores em relação aos outros grupos de inquiridos, para a variável considerada. Ao contrário destes, os indivíduos inquiridos no Hospital, revelaram valores de média inferiores para a variável dependente “Consequências da Situação de Doença para o Utente” (tabela 8.23. e figura 8.9.).

Pese embora não se tenham obtido resultados significativos em relação ao efeito da variável independente sexo, parece relevante referir que os sujeitos do sexo feminino mostraram valores de média superiores ao do sexo masculino nos Espaços Públicos e no Centro de Saúde e valores de média inferiores no Hospital (tabela 8.23. e figura 8.9.).

Tabela 8.22. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para o Utente por Local de Entrevista e Sexo.

Dependent Variable: Consequência			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	11,183	,000
Sexo	1	,394	,532
Local * Sexo	2	,316	,729

Tabela 8.23. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Consequência		
Local	Sexo	Média
Centro de saúde	Masculino	7,00
	Feminino	7,92
	Total	7,73
Hospital	Masculino	6,00
	Feminino	5,70
	Total	5,77
Espaços públicos	Masculino	8,57
	Feminino	9,03
	Total	8,86

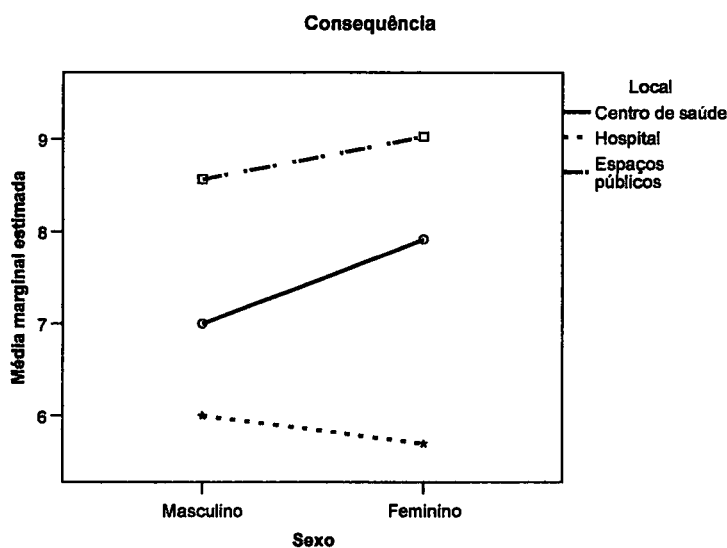


Figura 8.9. Gráfico de perfil das Consequências da Doença para o Utente divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo.

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Sexo”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, com esta análise, que os factores local de entrevista e sexo tenham um efeito estatisticamente significativo na variável dependente considerada.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista tem um efeito na variável dependente consequências da situação de doença para os outros, visto que $F_{(5; 122)} = 17,382; p =$

0,000. Quanto à variável independente sexo também se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, veja-se na tabela 8.24. que $F_{(5; 122)} = 4,622$; $p < 0,034$ (tabela 8.24.).

No que diz respeito à interação entre os dois factores (local de entrevista e sexo), não foram encontrados resultados significativos do ponto de vista estatístico, já que $F_{(5; 122)} = 1,029$; $p < 0,361$ (tabela 8.24.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD permitiram concluir que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de média superiores relativamente aos restantes grupos de indivíduos, para a variável considerada. Ao contrário destes, o grupo formado pelos inquiridos no Hospital, revelou valores de média inferiores para a variável dependente “Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos” (tabela 8.25. e figura 8.10.).

Os resultados parecem indicar que os sujeitos do sexo feminino mostram valores de média superiores ao do sexo masculino, nos três locais de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) (tabela 8.25. e figura 8.10.).

Tabela 8.24. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos por Local de Entrevista e Sexo.

Dependent Variable: ConsequênciaA			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	17,382	,000
Sexo	1	4,622	,034
Local * Sexo	2	1,029	,361

Tabela 8.25. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: ConsequênciaA		
Local	Sexo	Média
Centro de saúde	Masculino	5,83
	Feminino	6,92
	Total	6,70
Hospital	Masculino	5,14
	Feminino	5,39
	Total	5,33
Espaços públicos	Masculino	7,35
	Feminino	9,10
	Total	8,46

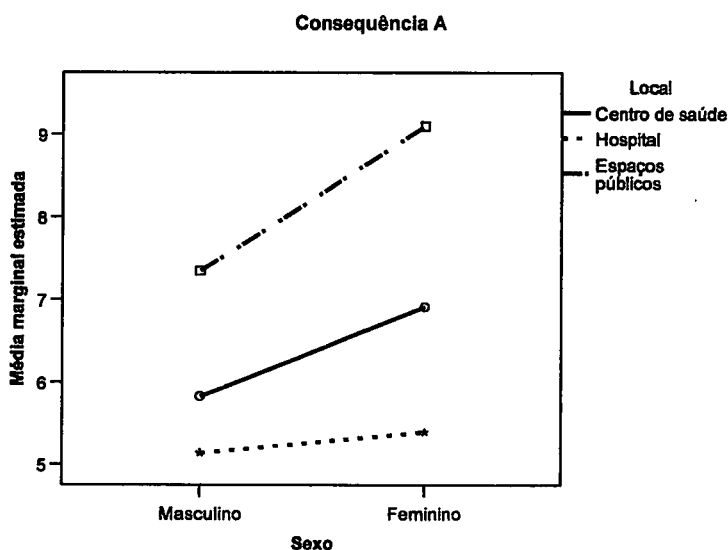


Figura 8.10. Gráfico de perfil das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo.

Uma vez mais, a análise de variância factorial mostra que o factor local de entrevista tem influência nas variáveis dependentes consequências da situação de doença para o utente e para os familiares e amigos. Assim, e reforçando as ideias já apresentadas, parece que a experiência pela qual os indivíduos passam quando utilizam um estabelecimento de saúde é diferente dependendo do tipo de estabelecimento e do motivo que leva o utente a procurar os cuidados de saúde. Estes resultados estão de acordo com os obtidos para a análise de variância factorial feita no capítulo anterior (capítulo VII), para as mesmas variáveis (independente e dependentes).

A variável independente sexo parece ter influência na variável dependente consequências da situação de doença para os familiares e amigos do utente, caso também verificado na análise realizada no capítulo VII. Parece poder referir-se que os sujeitos do sexo feminino mostram maiores percepções das consequências de uma situação de doença para os seus familiares e amigos do que os indivíduos do sexo masculino, resultado consistente com o obtido no capítulo anterior, capítulo VII, para as mesmas variáveis.

8.6.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Sexo”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “*Compliance*” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

A realização da referida análise parte do pressuposto que os factores local de entrevista e sexo têm um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente *compliance* com as recomendações do profissional de saúde.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista tem um efeito na variável dependente estudada, visto que $F_{(7, 152)} = 9,766; p = 0,000$ (tabela 8.26.).

Quanto à variável sexo, não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que $F_{(7, 152)} = 0,019; p < 0,891$. O mesmo aconteceu relativamente à interacção entre os dois factores (local de entrevista e sexo), visto que $F_{(7, 152)} = 0,449; p < 0,718$.

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD permitiram concluir que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de média inferiores em relação aos restantes grupos, para a variável *compliance*. Ao contrário destes, os indivíduos inquiridos no Hospital, revelaram valores de média superiores para a mesma variável dependente (tabela 8.27. e figura 8.11.).

Os resultados parecem, ainda indicar que, os sujeitos do sexo feminino mostram valores de média superiores ao do sexo masculino no Centro de Saúde e valores inferiores aos sujeitos masculinos nas Clínicas de Odontologia e no Hospital, pese embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável independente sexo na variável dependente *compliance* (tabela 8.27. e figura 8.11.).

Tabela 8.26. Quadro resultante da análise de variância factorial do *Compliance* por Local de Entrevista e Sexo.

Dependent Variable: Compliance

Fonte	g.l.	F	p
Local	3	9,766	,000
Sexo	1	,019	,891
Local * Sexo	3	,449	,718

Tabela 8.27. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Compliance

Local	Sexo	Média
Clínicas de Odontologia	Masculino	20,22
	Feminino	19,71
	Total	19,87
Centro de saúde	Masculino	18,67
	Feminino	20,04
	Total	19,77
Hospital	Masculino	23,57
	Feminino	22,17
	Total	22,50
Espaços públicos	Masculino	17,52
	Feminino	17,63
	Total	17,59

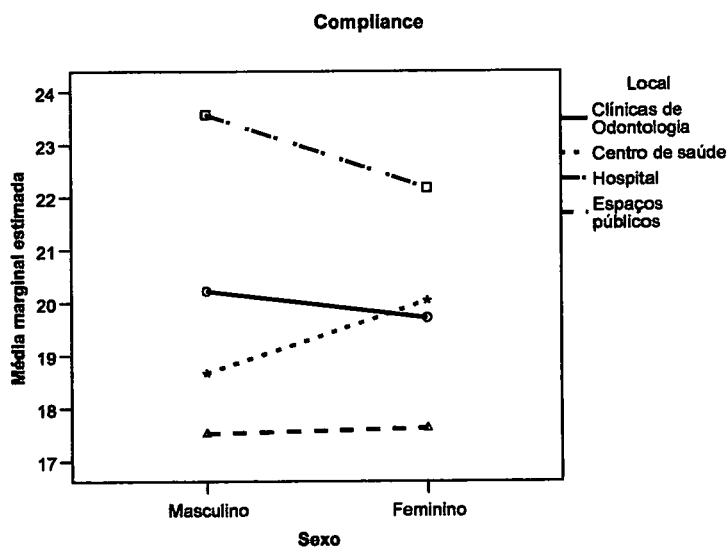


Figura 8.11. Gráfico de perfil do *Compliance* dividido pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo.

A análise de variância factorial revelou um efeito significativo do ponto de vista estatístico da variável independente local de entrevista na variável dependente *compliance*. Estes resultados estão de acordo com o anteriormente apresentado no capítulo VII, para as mesmas variáveis. Há, no entanto, a referir que os sujeitos que manifestaram maiores percepções de *compliance* foram os inquiridos no Hospital Distrital de Faro e os que demonstraram menores percepções de *compliance* foram inquiridos nos Espaços Públicos.

Mais uma vez se comprova que o local de entrevista influencia a experiência do indivíduo, que se diz mais aderente às terapêuticas recomendadas quando o contexto da consulta e a situação de doença estão presentes.

No que se refere à variável independente sexo, esta parece não ter influência na variável dependente, ou seja, parece que nenhum dos sexos cumpre maior ou menor número de vezes os tratamentos médicos recomendados. No entanto, e embora não existam diferenças significativas do ponto de vista estatístico, parece curioso que as mulheres mostrem maior percepção de *compliance* no Centro de Saúde e os homens no Hospital e Clínicas de Odontologia.

Para a variável *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista, realizou-se um teste T-Student pois os valores apenas foram obtidos num dos Locais de Entrevista (Clínicas de Odontologia).

Espera-se, no entanto que existam diferenças estatísticas significativas no grupo formado pelo sexo dos inquiridos, de acordo com a variável *compliance*.

A média feminina foi de 19,19 (*d.p.* = 4,26) e a masculina foi de 20,11 (*d.p.* = 3,48). Após a aplicação do teste para a diferença de médias verificou-se que, entre os sexos, não há diferenças estatísticas significativas (tabela 8.28.).

Tabela 8.28. Quadro resultante da aplicação do teste T-test de Student para a variável *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista, entre os Sexos.

t-test para a igualdade de médias			
	t	g.l.	p
Compliance A	,570	28	,573

A análise estatística realizada para a variável dependente *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista permitiu descobrir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos no que diz respeito ao *compliance* (resultado de acordo com o obtido na análise análoga realizada no capítulo VII).

Assim, parece poder afirmar-se que os sujeitos dos dois sexos têm percepções semelhantes da adesão aos tratamentos médicos recomendados pelo médico dentista.

8.6.4. Satisfação com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral

O efeito do Factor “Sexo”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Satisfação com a Consulta Médica” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

A realização da referida análise assume, *à priori*, que os factores local de entrevista e sexo têm um efeito estatisticamente significativo na variável dependente em estudo. A não existência de efeito das variáveis independentes na variável dependente permite rejeitar a hipótese nula.

Da observação da tabela 8.29., pode concluir-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de Entrevista tem um efeito significativo na satisfação dos sujeitos inquiridos com a consulta médica ($F_{(7; 152)} = 39,407; p = 0,000$) (tabela 8.29.).

Quanto à variável sexo, não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, $F_{(7; 152)} = 1,188; p < 0,278$ (tabela 8.29.).

Em relação à interacção entre os dois factores (local de entrevista e sexo), também não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, veja-se que $F_{(7; 152)} = 2,615; p < 0,053$. Apesar deste resultado não ser significativo do ponto de vista estatístico ele é um valor quase significativo, por estar próximo de 0,05. Por este motivo, parece importante referir que o aumento da amostra poderá efectivamente, dar resultados significativos relativamente à interacção entre os dois factores acima referidos na variável satisfação dos utentes com a consulta médica.

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD permitiram concluir que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de

média inferiores em relação aos restantes grupos de indivíduos, para a variável satisfação com a consulta médica. Ao contrário destes, o grupo formado pelos inquiridos no Hospital, revelou valores de média superiores, para a mesma variável dependente (tabela 8.30. e figura 8.12.).

Os resultados parecem, ainda indicar que, os sujeitos do sexo masculino mostram valores de média superiores ao do sexo feminino quando inquiridos no Centro de Saúde e Hospital. Os sujeitos femininos mostram valores de média superiores quando inquiridos nas Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos, pese embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável independente sexo na variável dependente considerada (tabela 8.30. e figura 8.12.).

Tabela 8.29. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com a Consulta Médica por Local de Entrevista e Sexo.

Dependent Variable: Satisfação			
Fonte	g.l.	F	p
Local	3	39,407	,000
Sexo	1	1,188	,278
Local * Sexo	3	2,615	,053

Tabela 8.30. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Satisfação		
Local	Sexo	Média
Clínicas de Odontologia	Masculino	15,89
	Feminino	18,71
	Total	17,87
Centro de saúde	Masculino	18,67
	Feminino	17,67
	Total	17,87
Hospital	Masculino	19,00
	Feminino	17,87
	Total	18,13
Espaços públicos	Masculino	10,74
	Feminino	12,78
	Total	12,03

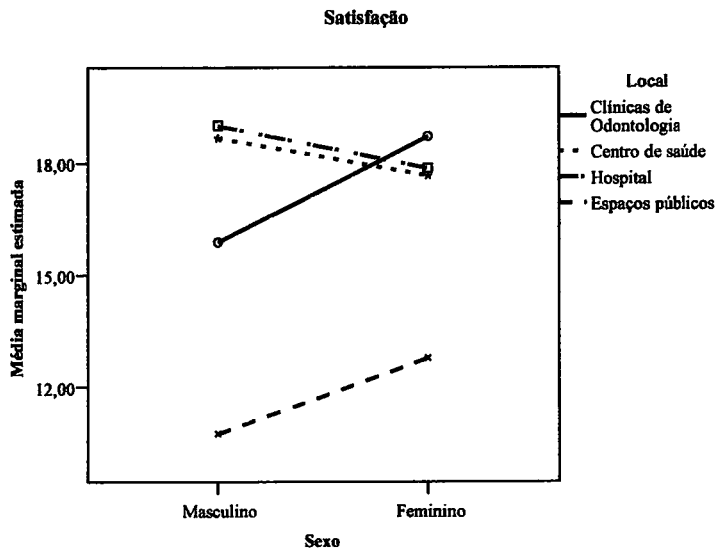


Figura 8.12. Gráfico de perfil da Satisfação com a Consulta Médica dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo.

O efeito do Factor “Sexo”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores, relativamente à variável dependente: “Satisfação com as Consultas Médicas no Geral” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Como já foi anteriormente referido, espera-se que as variáveis independentes acima referidas tenham um efeito significativo do ponto de vista estatístico, na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral.

A análise da tabela 8.31. permite concluir que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de Entrevista tem um efeito na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral, uma vez que, $F_{(7; 242)} = 31,293$; $p = 0,000$ (tabela 8.31.)

No que se refere à variável independente sexo, verificou-se que esta também tem um efeito significativo na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral, note-se que $F_{(7; 242)} = 10,319$; $p < 0,002$ (tabela 8.31.)

Finalmente, em relação à interacção entre os dois factores, não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico ($F_{(7; 242)} = 2,144; p < 0,095$) (tabela 8.31.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD permitiram concluir que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de média inferiores relativamente aos restantes grupos para a variável satisfação com as consultas médicas no geral. Ao contrário destes, o grupo inquirido no Hospital, mostrou valores de média superiores, para a mesma variável dependente (tabela 8.32. e figura 8.13.).

Os resultados parecem ainda indicar que, os sujeitos do sexo masculino mostraram valores de média superiores ao do sexo feminino quando inquiridos no Hospital, no Centro de Saúde e nas Clínicas de Odontologia. Os sujeitos femininos mostraram valores de média ligeiramente superiores aos masculinos, nos Espaços Públicos (tabela 8.32. e figura 8.13.).

Tabela 8.31. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Sexo.

Dependent Variable: SatisfaçãoA			
Fonte	g.l.	F	p
Local	3	31,293	,000
Sexo	1	10,319	,002
Local * Sexo	3	2,144	,095

Tabela 8.32. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: SatisfaçãoA		
Local	Sexo	Média
Clínicas de Odontologia	Masculino	14,97
	Feminino	12,87
	Total	13,92
Centro de saúde	Masculino	16,42
	Feminino	14,44
	Total	15,23
Hospital	Masculino	17,78
	Feminino	15,39
	Total	16,87
Espaços públicos	Masculino	10,35
	Feminino	10,88
	Total	10,68

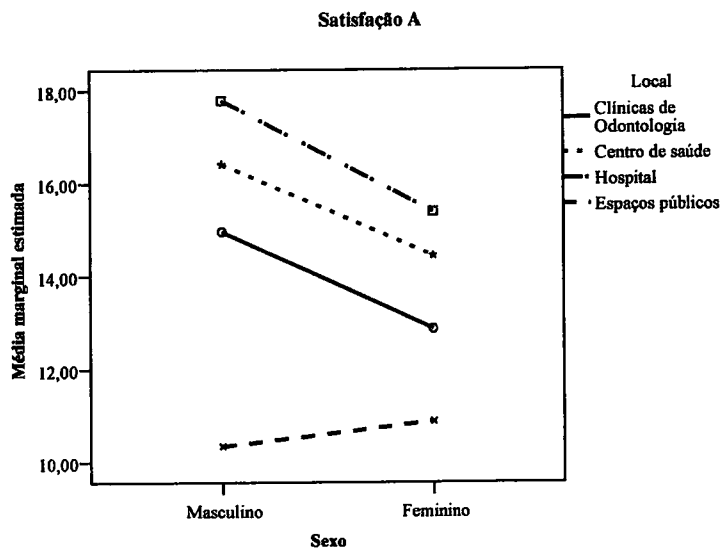


Figura 8.13. Gráfico de perfil da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Sexo.

A variável independente local de entrevista parece ter um efeito estatisticamente significativo nas variáveis satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral. Deste modo, parece poder afirmar-se uma vez mais que, a experiência de doente é influenciada pelo local onde os indivíduos são inquiridos. Estes resultados, mais uma vez, estão de acordo com os obtidos no capítulo VII do presente trabalho. Parece, contudo, importante referir que os sujeitos que parecem mais satisfeitos com as consultas médicas são os inquiridos no Hospital Distrital de Faro, enquanto que os sujeitos com menores níveis de satisfação são os inquiridos nos Espaços Públicos.

Na variável dependente satisfação dos pacientes com as consultas médicas no geral, tem ainda um efeito significativo a variável sexo. Parece poder dizer-se que os homens referem níveis mais elevados de satisfação do que as mulheres, quando inquiridos no Hospital, Clínicas de Odontologia e Centro de Saúde. No entanto, mostram-se menores níveis de satisfação quando inquiridos nos Espaços Públicos.

A interação entre as variáveis local da consulta e sexo tem um efeito quase significativo na variável dependente satisfação com a consulta médica, facto que poderá ser analisado mais cuidadosamente, aumentando a amostra de indivíduos inquiridos.

8.7. Resultados da Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista e as Habilitações Literárias dos Inquiridos

8.7.1. A Percepção de Gravidade da Doença

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Habilitações Literárias”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital; Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Percepção de Gravidade da Doença” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, como já foi anteriormente referido, que os factores local de entrevista e habilitações literárias tenham um efeito estatisticamente significativo na variável dependente percepção de gravidade da doença.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que não existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista tenha um efeito na variável dependente percepção de gravidade da doença, veja-se que $F_{(15; 127)} = 0,186$; $p < 0,830$ (tabela 8.33.).

Quanto à variável independente habilitações literárias, também não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, veja-se que $F_{(15; 127)} = 0,738$; $p < 0,596$. O mesmo se verificou relativamente à interacção entre os dois factores (local de entrevista e habilitações literárias), visto que $F_{(15; 127)} = 0,463$; $p < 0,880$ (tabela 8.33.).

Tabela 8.33. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

Dependent Variable: Gravidade			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	,186	,830
Habilitações literárias	5	,738	,596
Local * Habilitações literárias	8	,463	,880

Relativamente à variável percepção de gravidade da doença a análise de variância factorial revelou que não existem evidências estatísticas significativas de que as variáveis independentes local de entrevista e habilitações literárias tenham um

efeito na variável dependente (resultados idênticos aos obtidos no capítulo anterior; capítulo VII), para as mesmas variáveis independentes e dependente.

Assim, parece poder afirmar-se que a percepção de gravidade da doença não é influenciada pelas habilitações literárias do sujeitos inquiridos.

8.7.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para o Utente e para os Familiares e Amigos

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Habilitações Literárias”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Consequências da Situação de Doença para o Utente” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, com esta análise, que os factores local de entrevista e habilitações literárias tenham um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente acima referida.

A observação da tabela 8.34. permitiu concluir que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista tem um efeito na variável dependente consequências da doença para si mesmo, visto que, $F_{(16; 122)} = 5,310; p < 0,006$.

Quanto à variável habilitações literárias, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, uma vez que, $F_{(16; 122)} = 1,382; p < 0,229$. O mesmo aconteceu relativamente à interacção entre os dois factores (local de entrevista e habilitações literárias), visto que $F_{(16; 122)} = 0,780; p < 0,621$ (tabela 8.34.).

Os valores do *post-hoc* Tuckey HSD parecem indicar que o grupo de sujeitos inquirido nos Espaços Públicos revelou valores de média superiores para a variável dependente em estudo. Ao contrário deste, o grupo inquirido no Hospital revelou valores de média inferiores, em relação aos outros grupos formados pelo local de entrevista (tabela 8.35. e figura 8.14.).

Os resultados parecem, ainda indicar que, os sujeitos com habilitação literária igual ao 2º Ciclo mostraram valores de média superiores quando inquiridos nos Espaços Públicos. Os sujeitos com habilitação literária igual ao Bacharelato ou Licenciatura, mostraram valores de média superiores quando inquiridos no Hospital. No Centro de Saúde os valores médios mais elevados são encontrados para os



sujeitos com habilitação literária superior à Licenciatura, pese embora não se tenham encontrado resultados significativos para o efeito da variável habilitações literárias na variável dependente estudada (tabela 8.35. e figura 8.14.).

Tabela 8.34. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para o Utente por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

Dependent Variable: Consequência			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	5,310	,006
Habilitações Literárias	6	1,382	,229
Local * Habilitações Literárias	8	,780	,621

Tabela 8.35. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Consequência		
Local	Habilitações Literárias	Média
Centro de saúde	Analfabeto	6,00
	1º Ciclo	7,71
	2º Ciclo	9,50
	3º Ciclo	8,14
	Secundário	7,71
	Bacharelato/Licenciatura	6,00
	Pós-Grad/Msc/Phd	12,00
	Total	7,73
Hospital	Analfabeto	5,00
	1º Ciclo	5,50
	2º Ciclo	7,33
	3º Ciclo	5,33
	Bacharelato/Licenciatura	9,00
	Total	5,77
Espaços públicos	1º Ciclo	9,40
	2º Ciclo	10,33
	3º Ciclo	8,70
	Secundário	8,62
	Bacharelato/Licenciatura	9,11
	Total	8,86

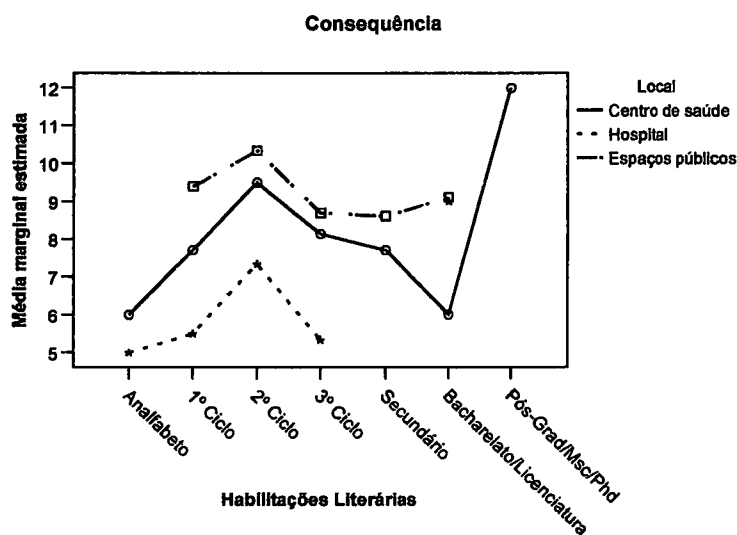


Figura 8.14. Gráfico de perfil das Consequências da Doença para o Utente divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Habilitações Literárias”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, com esta análise, que os factores local de entrevista e habilitações literárias tenham um efeito significativo na variável dependente em estudo.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista tem um efeito significativo do ponto de vista estatístico, na variável dependente consequências da situação de doença para os familiares e amigos do utente, visto que $F_{(16; 122)} = 10,275$; $p = 0,000$. Quanto à variável independente habilitações literárias, também se encontraram resultados estatisticamente significativos, veja-se, na tabela 8.36. que $F_{(16; 122)} = 2,865$; $p < 0,013$ (tabela 8.36.).

No que diz respeito à interacção entre os dois factores (local de entrevista e habilitações literárias), não foram encontrados resultados significativos do ponto de vista estatístico, já que $F_{(16; 122)} = 0,762$; $p < 0,637$ (tabela 8.36.).

Os valores do *post-hoc* Tuckey HSD permitiram concluir que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou, na globalidade,

valores de média superiores aos outros grupos de indivíduos, para a variável dependente em estudo. Ao contrário destes, o grupo inquirido no Hospital revelou valores de média inferiores para a variável considerada (tabela 8.37. e figura 8.15.).

Os resultados parecem, ainda indicar que, o grupo formado pelos sujeitos bacharéis ou licenciados revelou valores de média superiores para o Hospital e Espaços Públicos. No Centro de Saúde, os valores médios mais elevados foram encontrados para o grupo de inquiridos que completou um mestrado, uma pós-graduação ou um doutoramento (tabela 8.37. e figura 8.15.).

Tabela 8.36. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

Dependent Variable: ConsequênciaA			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	10,275	,000
Habilitações Literárias	6	2,865	,013
Local * Habilitações Literárias	8	,762	,637

Tabela 8.37. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: ConsequênciaA		
Local	Habilitações Literárias	Média
Centro de saúde	Analfabeto	5,00
	1º Ciclo	6,71
	2º Ciclo	8,50
	3º Ciclo	7,14
	Secundário	5,57
	Bacharelato/Licenciatura	6,50
	Pós-Grad/Msc/Phd	12,00
	Total	6,70
Hospital	Analfabeto	4,75
	1º Ciclo	5,14
	2º Ciclo	6,67
	3º Ciclo	4,67
	Bacharelato/Licenciatura	8,00
	Total	5,33
	Espaços públicos	1º Ciclo
2º Ciclo		9,33
3º Ciclo		7,80
Secundário		8,38
Bacharelato/Licenciatura		9,78
Total		8,46

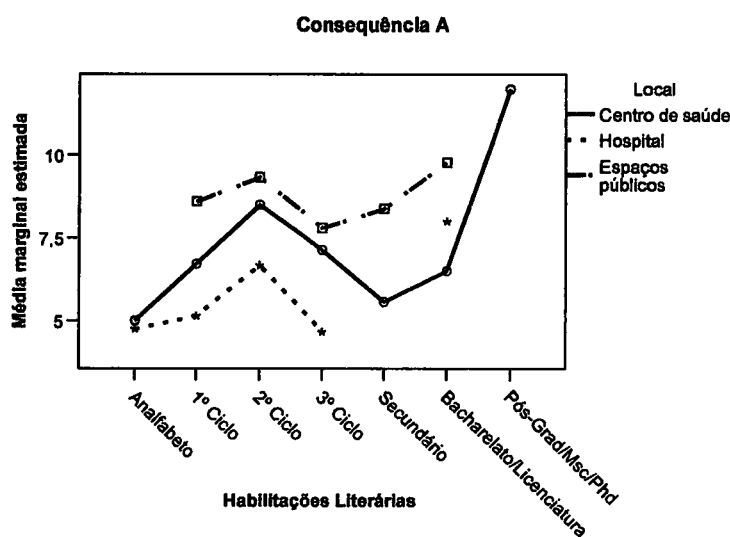


Figura 8.15. Gráfico de perfil das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

A análise de variância factorial demonstrou, uma vez mais, que o factor local de entrevista tem influência nas variáveis dependentes consequências da situação de doença para o utente e para os familiares e amigos. Assim, e reforçando as ideias apresentadas no capítulo anterior (capítulo VII), parece que os indivíduos vivificam experiências diferentes quando procuram cuidados de saúde em estabelecimentos diferentes.

A variável independente habilitações literárias parece ter um efeito significativo na variável dependente consequências da situação de doença para os familiares e amigos do utente, tal como se verificou para as mesmas variáveis no capítulo anterior. Parece, ainda, relevante referir que os inquiridos com habilitações literárias mais elevadas reportam maiores consequências da doença para os familiares e amigos do que os sujeitos com habilitações literárias mais baixas.

As menores percepções das consequências de uma situação de doença para os familiares e amigos parecem ser as do grupo de sujeitos inquirido no Hospital. Ao contrário deste, o grupo de sujeitos “não doentes” parece ter uma maior percepção das consequências que uma situação de doença poderia ter na vida dos seus familiares e amigos.

8.7.3. Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Habilitações Literárias”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “*Compliance*” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

A realização da referida análise parte do pressuposto que os factores local de entrevista e habilitações literárias têm um efeito estatisticamente significativo na variável dependente *compliance* com as recomendações do profissional de saúde.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista tem um efeito na variável dependente estudada, visto que $F_{(21; 152)} = 5,137; p < 0,002$ (tabela 8.38.).

Quanto à variável habilitações literárias, não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que $F_{(21; 152)} = 0,946; p < 0,464$. O mesmo aconteceu relativamente à interacção entre os dois factores (local de entrevista e habilitações literárias), visto que $F_{(21; 152)} = 1,429; p < 0,160$ (tabela 8.38.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD permitiram concluir que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de média inferiores em relação aos outros grupos, para a variável dependente *compliance*. Ao contrário destes, o grupo inquirido no Hospital revelou valores de média superiores para a mesma variável (tabela 8.39. e figura 8.16.).

Apesar de não se terem encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável habilitações literárias no *compliance*, os resultados parecem indicar que, no Hospital, o grupo de indivíduos que mostrou valores de média superiores, foi o grupo de sujeitos analfabetos. No Centro de Saúde e nos Espaços Públicos, os valores médios mais elevados foram encontrados para os sujeitos pertencentes ao grupo de habilitações literárias 2º Ciclo. Finalmente, nas Clínicas de Odontologia, o grupo formado pelos utentes com habilitação literária igual ao 3º Ciclo foi o que mostrou valores de média superiores para a variável *compliance* (tabela 8.39. e figura 8.16.).

Tabela 8.38. Quadro resultante da análise de variância factorial do *Compliance* por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

Dependent Variable: Compliance			
Fonte	g.l.	F	p
Local	3	5,137	,002
Habilitações Literárias	6	,946	,464
Local * Habilitações Literárias	12	1,429	,160

Tabela 8.39. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Compliance		
Local	Habilitações Literárias	Média
Clínicas de Odontologia	1º Ciclo	15,00
	2º Ciclo	18,60
	3º Ciclo	23,00
	Secundário	19,87
	Bacharelato/Licenciatura	20,57
	Total	19,87
Centro de saúde	Analfabeto	17,00
	1º Ciclo	21,57
	2º Ciclo	23,00
	3º Ciclo	20,57
	Secundário	19,86
	Bacharelato/Licenciatura	15,50
	Pós-Grad/Msc/Phd	17,00
	Total	19,77
Hospital	Analfabeto	24,25
	1º Ciclo	22,07
	2º Ciclo	20,33
	3º Ciclo	23,00
	Bacharelato/Licenciatura	21,00
	Total	22,50
Espaços públicos	1º Ciclo	14,60
	2º Ciclo	19,67
	3º Ciclo	17,75
	Secundário	17,88
	Bacharelato/Licenciatura	17,33
	Total	17,59

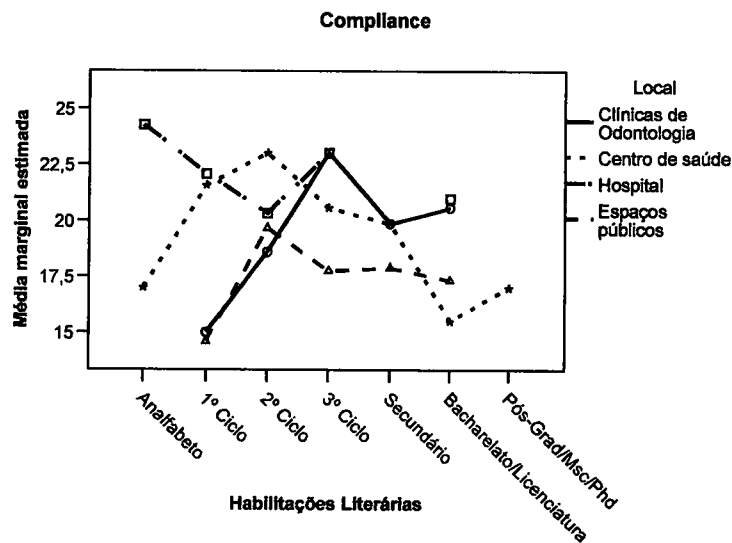


Figura 8.16. Gráfico de perfil do *Compliance* dividido pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

A análise de variância factorial revelou um efeito significativo do ponto de vista estatístico da variável independente local de entrevista na variável dependente *compliance*. No que se refere à variável independente habilitações literárias, esta parece não ter um efeito na variável dependente.

Os resultados acima apresentados são consistentes com os anteriormente apresentados e reforçam a ideia de que a experiência dos sujeitos é diferente dependendo do contexto em que estes são inquiridos. Relativamente ao efeito do factor local de entrevista na variável *compliance*, parece poder afirmar-se que os sujeitos “não doentes” cumprem menor número de vezes as prescrições médicas do que o grupo de sujeitos doente.

Para a variável *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista, realizou-se uma ANOVA pois os valores apenas foram obtidos num dos Locais de Entrevista (Clínicas de Odontologia).

Espera-se, com a aplicação da análise de variância simples, encontrar diferenças estatísticas significativas nos grupos formados pelas habilitações literárias, de acordo com a variável dependente *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista. A não existência de diferenças estatísticas significativas permite a rejeição da hipótese nula.

Após a aplicação do teste ANOVA one way verificou-se que entre as Habilitações Literárias não há diferenças estatísticas significativas (tabela 8.40.).

Tabela 8.40. Quadro resultante da aplicação da análise de variância ANOVA one way aplicada aos participantes para a variável *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista entre as Habilitações Literárias.

ComplianceA			
	g.l	F	p
Entre grupos	4	1,002	,425
Dentro dos Grupos	25		
Total	29		

A análise estatística realizada para a variável dependente *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista permitiu descobrir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias, no que diz respeito a variável dependente, facto verificado no capítulo VII, para o efeito da variável independente habilitações literárias na variável dependente *compliance*.

Assim, parece poder afirmar-se que os sujeitos têm percepções de adesão aos tratamentos médicos recomendados pelo médico dentista independentes da sua habilitação literária.

8.7.4. Satisfação com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral

O efeito do Factor “Habilitações Literárias”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interação entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Satisfação com a Consulta Médica” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

A realização da referida análise assume, *à priori*, que os factores local de entrevista e habilitações literárias têm um efeito na variável dependente em estudo.

Da observação da tabela 8.41. pode concluir-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de Entrevista tem um efeito na satisfação dos sujeitos inquiridos ($F_{(21; 152)} = 28,110$; $p = 0,000$) (tabela 8.41.).

Quanto à variável habilitações literárias, não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, $F_{(21; 152)} = 1,989$; $p < 0,072$ (tabela 8.41.). Apesar deste valor não ser estatisticamente significativo, encontra-se relativamente próximo da significância estatística que se estimou em 0,05. Assim, parece conveniente referir que esta variável poderá, de facto, ter influência na variável dependente satisfação dos sujeitos inquiridos com a consulta médica.

Em relação à interação entre os dois factores (local de entrevista e habilitações literárias), não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, veja-se que $F_{(21; 152)} = 1,345$; $p < 0,201$ (tabela 8.41.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD permitiram concluir que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de média inferiores em relação aos restantes grupos formados pelos locais de entrevista, para a variável dependente em estudo. Ao contrário destes, o grupo de indivíduos inquirido no Hospital revelou valores de média superiores para a mesma variável (tabela 8.42. e figura 8.17.).

Apesar de não se terem encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável habilitações literárias na satisfação dos sujeitos com a consulta médica, os resultados parecem indicar que, os sujeitos com habilitação literária superior à Licenciatura, mostraram valores de média inferiores aos restantes grupos de indivíduos, no Centro de Saúde de Faro. Os sujeitos analfabetos mostraram valores de média superiores no Hospital Distrital de Faro e os indivíduos que completaram o 1º Ciclo, mostraram valores de média superiores aos restantes grupos de indivíduos nas Clínicas de Odontologia. Para qualquer habilitação literária os sujeitos com valores de média inferiores são os inquiridos nos Espaços Públicos (tabela 8.42. e figura 8.17.).

Tabela 8.41. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com a Consulta Médica por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

Dependent Variable: Satisfação			
Fonte	g.l.	F	p
Local	3	28,110	,000
Habilitações Literárias	6	1,989	,072
Local * Habilitações Literárias	12	1,345	,201

Tabela 8.42. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Satisfação		
Local	Habilitações Literárias	Média
Clínicas de Odontologia	1º Ciclo	20,00
	2º Ciclo	17,80
	3º Ciclo	18,00
	Secundário	17,53
	Bacharelato/Licenciatura	18,29
	Total	17,87
Centro de saúde	Analfabeto	18,00
	1º Ciclo	18,14
	2º Ciclo	19,50
	3º Ciclo	19,00
	Secundário	18,14
	Bacharelato/Licenciatura	16,50
	Pós-Grad/Msc/Phd	8,00
Total	17,87	
Hospital	Analfabeto	19,63
	1º Ciclo	17,14
	2º Ciclo	19,33
	3º Ciclo	18,67
	Bacharelato/Licenciatura	16,50
	Total	18,13
Espaços públicos	1º Ciclo	7,80
	2º Ciclo	12,87
	3º Ciclo	11,45
	Secundário	12,31
	Bacharelato/Licenciatura	14,67
	Total	12,03

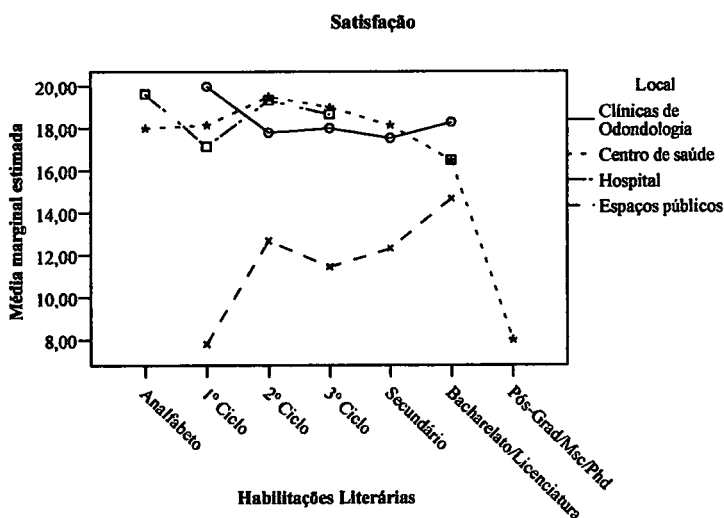


Figura 8.17. Gráfico de perfil da Satisfação com a Consulta Médica dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

O efeito do Factor “Habilitações Literárias”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interação entre os dois factores, relativamente à variável dependente: “Satisfação com as Consultas Médicas no Geral” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Como já foi anteriormente referido, espera-se que as variáveis independentes acima referidas tenham um efeito significativo na variável dependente em estudo.

A análise da tabela 8.43. permitiu concluir que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de Entrevista tem um efeito na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral, veja-se na tabela que, $F_{(21; 242)} = 14,701$; $p = 0,000$. No que se refere à variável independente habilitações literárias, também se verificou que esta tem um efeito na variável dependente (satisfação com as consultas médicas no geral), note-se que $F_{(21; 242)} = 2,923$; $p < 0,009$ (tabela 8.43.).

Finalmente, em relação à interação entre os dois factores, também se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico ($F_{(21; 242)} = 2,603$; $p < 0,003$) (tabela 8.43.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD permitiram concluir que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de média inferiores em relação aos restantes grupos formados pelos locais de entrevista, para a variável dependente em estudo. Ao contrário destes, o grupo de sujeitos inquirido no Hospital revelou valores de média superiores aos restantes grupos de indivíduos para a variável em estudo (tabela 8.44. e figura 8.18.).

De um geral, pode dizer-se que no Hospital, o grupo de indivíduos com habilitação literária igual ao Bacharelato ou Licenciatura mostrou valores de média superiores para a variável satisfação com as consultas médicas no geral. Os portadores do 3º Ciclo mostraram valores de média mais elevados quando inquiridos nas Clínicas de Odontologia. No Centro de Saúde, o grupo de indivíduos analfabetos mostrou valores de média superiores para a variável dependente e nos Espaços Públicos os valores médios mais elevados foram encontrados para o grupo formado pelos sujeitos que completaram o 2º Ciclo do Ensino Básico (tabela 8.44. e figura 8.18.).

Tabela 8.43. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

Dependent Variable: SatisfaçãoA

Fonte	g.l.	F	p
Local	3	14,701	,000
Habilitações Literárias	6	2,923	,009
Local * Habilitações Literárias	12	2,603	,003

Tabela 8.44. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: SatisfaçãoA

Local	Habilitações Literárias	Média
Clínicas de Odontologia	1º Ciclo	14,00
	2º Ciclo	13,00
	3º Ciclo	18,50
	Secundário	10,13
	Bacharelato/Licenciatura	15,32
	Total	13,92
	Centro de saúde	Analfabeto
1º Ciclo		17,57
2º Ciclo		14,50
3º Ciclo		12,14
Secundário		14,29
Bacharelato/Licenciatura		15,68
Pós-Grad/Msc/Phd		8,00
Total		15,23
Hospital	Analfabeto	15,75
	1º Ciclo	15,86
	2º Ciclo	16,67
	3º Ciclo	16,67
	Bacharelato/Licenciatura	17,63
	Total	16,87
Espaços públicos	1º Ciclo	8,00
	2º Ciclo	11,67
	3º Ciclo	11,15
	Secundário	10,69
	Bacharelato/Licenciatura	10,78
	Total	10,68

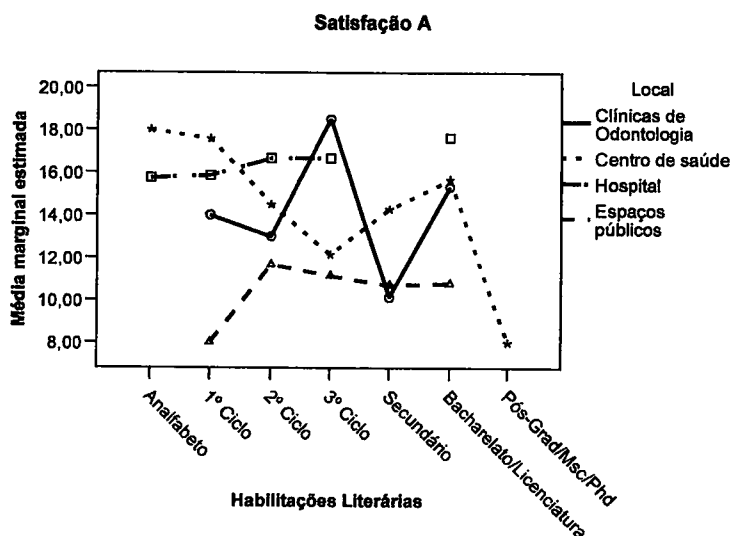


Figura 8.18. Gráfico de perfil da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Habilitações Literárias.

A variável independente local de entrevista parece ter um efeito significativo, do ponto de vista estatístico, nas variáveis satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral. Deste modo, parece poder afirmar-se, uma vez mais que, a experiência dos inquiridos é influenciada pelo local onde decorrem as recolhas de dados. Os sujeitos que parecem mais satisfeitos com as consultas médicas são o grupo de inquiridos no Hospital Distrital de Faro, enquanto que os sujeitos com menores níveis de satisfação são o grupo inquirido nos Espaços Públicos (estes resultados são consistentes com os obtidos no capítulo anterior, capítulo VII).

Na variável dependente satisfação dos pacientes com a consulta médica tem ainda um efeito quase significativo a variável habilitações literárias. Apesar dos valores do efeito da variável independente não serem significativos, parece poder dizer-se que os sujeitos menos satisfeitos, no Centro de Saúde, são os que completaram um mestrado, uma pós-graduação ou um doutoramento. Nos Espaços Públicos os utentes com habilitação literária igual ao 1º Ciclo mostram-se os menos satisfeitos com as consultas médicas do que os outros grupos inquiridos neste local de entrevista. No Hospital os sujeitos menos satisfeitos com a consulta médica são os licenciados ou bacharéis. Nas Clínicas de Odontologia, o grupo de sujeitos menos satisfeito foi o que completou o Ensino Secundário.

Na variável dependente satisfação dos utentes com as consultas médicas no geral tem, ainda, um efeito significativo a variável independente habilitações literárias. Parece poder dizer-se que o grupo de sujeitos menos satisfeito, no Centro de Saúde, é o que completou um Mestrado, uma Pós-graduação ou um Doutoramento. No Hospital e nos Espaços Públicos o grupo de inquiridos analfabetos ou com habilitação literária igual ao 1º Ciclo mostrou-se menos satisfeito com as consultas médicas. Nas Clínicas de Odontologia os indivíduos que completaram Ensino Secundário são os que mostram menores níveis de satisfação com as consultas médicas no geral.

A interacção entre o local de entrevista e a habilitação literária, também parece ter um efeito significativo na variável dependente satisfação dos inquiridos com as consultas médicas no geral.

8.8. Resultados da Análise dos Dados, Respeitando o Local de Entrevista e a Idade dos Inquiridos

8.8.1. A Percepção de Gravidade da Doença

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Idade”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) e da possível interacção entre os dois factores em relação à variável dependente: “Percepção de Gravidade da Doença” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Com a análise acima referida, espera-se que os factores local de entrevista e idade tenham um efeito significativo, do ponto de vista estatístico, na variável dependente percepção de gravidade da doença.

A realização da análise de variância factorial permitiu verificar que não existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista tenha um efeito na variável dependente percepção de gravidade da doença, veja-se na tabela 8.45. que $F_{(7, 127)} = 0,767$; $p < 0,467$. Quanto à variável independente idade, também não se encontraram resultados estatisticamente significativos, veja-se que $F_{(7, 127)} = 2,649$; $p < 0,075$ (tabela 8.45.). Este valor apesar de não ser significativo, é um valor relativamente

próximo de 0,05, pelo que poderá ser significativo se a amostra estudada for constituída por um número maior de indivíduos.

Relativamente à interação entre os dois factores (local de entrevista e idade), também não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, observe-se que $F_{(7, 127)} = 1,943$; $p < 0,126$ (tabela 8.45.).

Apesar de não se ter encontrado um resultado significativo para o efeito da idade na variável percepção de gravidade da doença, os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD parecem indicar que no Centro de Saúde os sujeitos que mostraram menores valores de média foram os mais jovens (10-30 anos). No Hospital os indivíduos pertencentes ao grupo de idade 31-50 anos foram os que revelaram ter menores valores de média. Nestes dois estabelecimentos de saúde os sujeitos com maiores valores de média são os pertencentes ao grupo de idade superior a 51 anos. Nas Clínicas de Odontologia os maiores valores de média são encontrados no grupo de idade 10-30 anos e os menores valores de média na faixa etária 31-50 anos, embora não se tenham encontrado resultados significativos para o efeito da idade na percepção de gravidade da doença (tabela 8.46. e figura 8.19.).

Tabela 8.45. Quadro resultante da análise de variância factorial da Percepção de Gravidade da Doença por Local de Entrevista e Idade.

Dependent Variable: Gravidade			
Fonte	g.l.	F	p
Local	2	,767	,467
Idade (Classificada)	2	2,649	,075
Local * Idade (Classificada)	3	1,943	,126

Tabela 8.46. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Gravidade		
Local	Idade	Média
Clínicas de Odontologia	10 - 30anos	2,32
	31 - 50 anos	1,94
	>51 anos	2,00
	Total	2,10
Centro de saúde	10 - 30anos	1,00
	31 - 50 anos	2,13
	>51 anos	2,47
	Total	2,25
Hospital	31 - 50 anos	1,00
	>51 anos	2,47
	Total	2,39

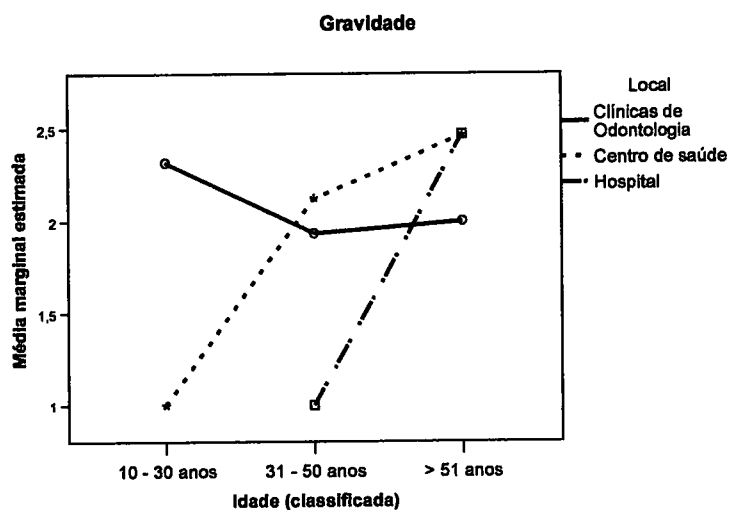


Figura 8.19. Gráfico de perfil da Percepção de Gravidade da Doença dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.

Relativamente à variável percepção de gravidade da doença a análise de variância factorial revelou que não existem evidências estatísticas significativas de que as variáveis independentes local de entrevista e idade tenham um efeito na variável dependente (resultados de acordo com os obtidos para o mesmo conjunto de variáveis no capítulo anterior, capítulo VII).

No entanto, a variável independente idade tem um efeito quase significativo do ponto de vista estatístico, indicando que esta variável independente pode ter influência na variável dependente percepção de gravidade da doença. Apesar dos valores do teste não serem estatisticamente significativos, parece importante referir-se que os sujeitos mais velhos (grupo de indivíduos com idade superior a 51 anos) apresentam maior percepção de gravidade da doença quando inquiridos no Centro de Saúde e Hospital. Os inquiridos com idade compreendida entre os 10 e os 30 anos têm maior percepção de gravidade do problema de saúde quando são inquiridos nas Clínicas de Odontologia.

Os resultados acima apresentados parecem indicar que a percepção de gravidade é diferente nos três estabelecimentos de saúde, dependendo da idade dos inquiridos. Os mais velhos consideram que a visita ao Centro de Saúde ou Hospital indica maior gravidade da doença, enquanto os mais novos parecem muito preocupados com a visita ao médico odontologista.

8.8.2. A Percepção das Consequências de uma Situação de Doença para o Utente e para os Familiares e Amigos

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Idade”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Consequências da Situação de Doença para o Utente” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se, então, que os factores local de entrevista e idade tenham um efeito estatisticamente significativo na variável dependente consequências da situação da doença para o utente. A não existência de efeito das variáveis independentes na variável dependente permite rejeitar a hipótese nula.

A observação da tabela 8.47. permite concluir que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável local de entrevista tem efeito na variável dependente consequências da situação de doença para si mesmo, visto que, $F_{(8, 122)} = 7,130; p < 0,001$ (tabela 8.47.).

Quanto à variável idade, não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que, $F_{(8, 122)} = 0,058; p < 0,944$. O mesmo se verificou para a interacção entre os dois factores (local de entrevista e idade), visto que $F_{(8, 122)} = 1,186; p < 0,321$ (tabela 8.47.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD permitiram concluir que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de média superiores em relação aos grupos de indivíduos, para a variável dependente em estudo. Ao contrário destes, o grupo de sujeitos inquiridos no Hospital revelou valores de média inferiores para a variável considerada (tabela 8.48. e figura 8.20.).

Pese embora não se tenham encontrado resultados significativos para o efeito da variável independente idade na variável dependente estudada, os resultados parecem indicar que, nos Espaços Públicos, os menores valores de média são encontrados para o grupo de sujeitos com idade compreendida entre os 10 e os 30 anos. No Hospital, os indivíduos que apresentam valores de média mais baixos são os pertencentes ao grupo de idade 31-50 anos e no Centro de Saúde, os valores médios mais baixos foram encontrados para o grupo de indivíduos com idade superior a 51 anos (tabela 8.48. e figura 8.20.).

Tabela 8.47. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para o Utente por Local de Entrevista e Idade.

Dependent Variable: Consequência

Fonte	g.l.	F	p
Local	2	7,130	,001
Idade	2	,058	,944
Local * Idade	4	1,186	,321

Tabela 8.48. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Consequência

Local	Idade	Média
Centro de saúde	10 - 30anos	8,00
	31 - 50 anos	8,50
	>51 anos	7,13
	Total	7,73
Hospital	10 - 30anos	7,00
	31 - 50 anos	5,33
	>51 anos	5,72
	Total	5,77
Espaços públicos	10 - 30anos	8,51
	31 - 50 anos	8,81
	>51 anos	9,92
	Total	8,86

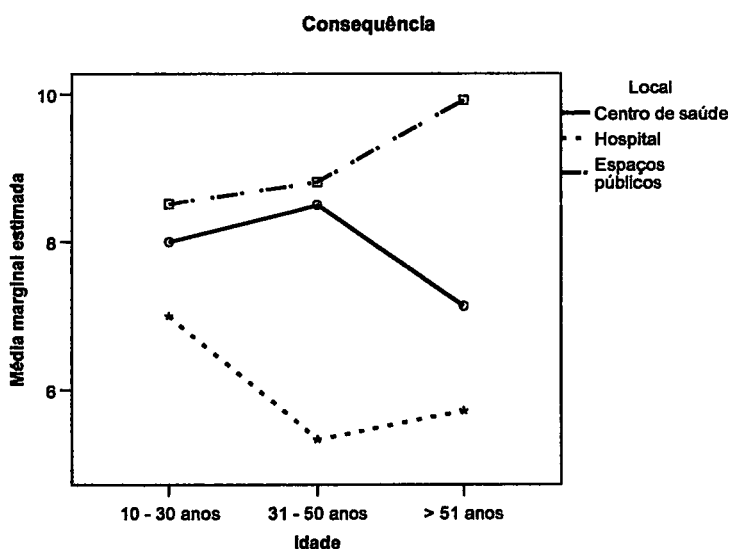


Figura 8.20. Gráfico de perfil das Consequências da Doença para o Utente divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Idade”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores em relação à variável dependente: “Consequências da Situação de Doença para os Familiares e Amigos” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Espera-se que o factor local de entrevista e o factor idade tenham um efeito significativo na variável dependente considerada. A não observação de efeito das variáveis independentes na variável dependente permite rejeitar a hipótese nula.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista tem um efeito na variável dependente consequências da situação de doença para os outros, veja-se na tabela 8.49. que $F_{(8; 122)} = 9,444$; $p = 0,000$.

Quanto à variável independente idade não foram encontrados resultados significativos do ponto de vista estatístico, uma vez que $F_{(8; 122)} = 0,459$; $p < 0,633$ (tabela 8.49.).

No que diz respeito à interacção entre os dois factores (local de entrevista e idade) também não foram encontrados resultados significativos do ponto de vista estatístico, já que $F_{(8; 122)} = 0,664$; $p < 0,618$ (tabela 8.49.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD permitiram concluir que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de média superiores em relação aos restantes grupos para a variável consequências da doença para os familiares e amigos. Ao contrário deste grupo de indivíduos, os sujeitos inquiridos no Hospital revelaram valores de média inferiores para a mesma variável dependente (tabela 8.50. e figura 8.21.).

Pese embora não se tenham encontrado resultados significativos para o efeito da variável independente idade na variável dependente consequências da doença para os familiares e amigos, os resultados do *post-hoc* Tuckey HSD parecem indicar que, nos Espaços Públicos, os menores valores de média foram encontrados para os sujeitos pertencentes ao grupo de idade 31-50 anos. No Hospital e Centro de Saúde os valores de média mais baixos pertencem ao grupo de indivíduos com idade superior a 51 anos (tabela 8.50. e figura 8.21.).

Tabela 8.49. Quadro resultante da análise de variância factorial das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos por Local de Entrevista e Idade.

Dependent Variable: ConsequênciaA

Fonte	g.l.	F	p
Local	2	9,444	,000
Idade	2	,459	,633
Local * Idade	4	,664	,618

Tabela 8.50. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: ConsequênciaA

Local	Idade	Média
Centro de saúde	10 - 30anos	7,60
	31 - 50 anos	7,20
	>51 anos	6,07
	Total	6,70
Hospital	10 - 30anos	6,00
	31 - 50 anos	5,33
	>51 anos	5,28
	Total	5,33
Espaços públicos	10 - 30anos	8,51
	31 - 50 anos	8,13
	>51 anos	8,75
	Total	8,46

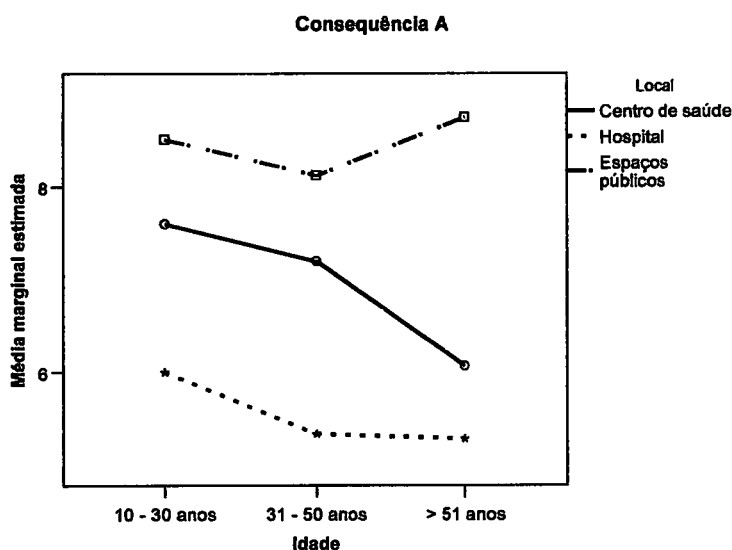


Figura 8.21. Gráfico de perfil das Consequências da Doença para os Familiares e Amigos divididas pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.

A análise de variância factorial demonstrou, uma vez mais, que o factor local de entrevista tem influência nas variáveis dependentes consequências da situação de doença para o utente e para os familiares e amigos. Assim, e reforçando as ideias anteriormente apresentadas, pode concluir-se que os sujeitos que referem que uma doença teria maiores consequências são os inquiridos nos Espaços Públicos, enquanto que o grupo inquirido no Hospital considera que uma doença teria menores consequências na sua vida e na vida dos seus familiares e amigos.

Mais uma vez, parece pode indicar-se que a experiência vivificada pelos indivíduos é diferente dependendo do local onde são inquiridos, facto já explorado anteriormente.

A variável independente idade parece não ter influência nas variáveis dependentes consequências da situação de doença para o utente e para os seus familiares e amigos. No entanto, parece poder indicar-se que os sujeitos com idade superior a 31 anos consideram que uma situação de doença tem menores consequências quando inquiridos no Hospital e Centro de Saúde. Os sujeitos com idade superior a 51 anos consideram que uma situação de doença poderia ter maiores consequências na sua vida e na vida dos familiares e amigos, sobretudo, se inquiridos nos Espaços Públicos.

8.8.3. A Adesão ao Tratamento Prescrito pelo Profissional de Saúde

De modo a verificar-se o efeito do Factor “Idade”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital Distrital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interacção entre os dois factores relativamente à variável dependente: “*Compliance*” recorreu-se a uma Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

A realização da referida análise parte do pressuposto que os factores local de entrevista e idade têm um efeito significativo na variável dependente *compliance*.

Ao realizar-se a análise de variância factorial concluiu-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que a variável independente local de entrevista tem um efeito na variável dependente estudada, veja-se na tabela 8.51., que $F_{(11; 152)} = 2,975; p = 0,034$.

Para a variável independente idade, não se encontraram resultados estatisticamente significativos, porque $F_{(11; 152)} = 2,175; p < 0,117$. No que diz

respeito à interacção entre os dois factores (local de entrevista e idade), também não se encontraram resultados significativos, veja-se na tabela 8.51., que $F_{(11; 152)} = 0,487; p < 0,817$.

Os valores do *post-hoc* Tuckey HSD mostram que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de média inferiores aos restantes grupos, enquanto o grupo de inquiridos no Hospital revelou valores de média superiores em relação aos restantes grupos, para a variável *compliance* (tabela 8.52. e figura 8.22.).

Embora não se tenham encontrado resultados significativos para o efeito da idade no *compliance*, os resultados parecem indicar que no Hospital, Centro de Saúde e Espaços Públicos, os valores médios mais baixos foram encontrados para o grupo de idade 10-30 anos. O grupo com idade superior a 31 anos mostrou valores de média superiores ao grupo com idade inferior a 31 (tabela 8.52. e figura 8.22.).

Tabela 8.51. Quadro resultante da análise de variância factorial do *Compliance* por Local de Entrevista e Idade.

Dependent Variable: Compliance			
Fonte	g.l.	F	p
Local	3	2,975	,034
Idade (classificada)	2	2,175	,117
Local * Idade (classificada)	6	,487	,817

Tabela 8.52. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Compliance		
Local	Idade	Média
Clínicas de Odontologia	10 - 30anos	19,79
	31 - 50 anos	20,00
	>51 anos	20,00
	Total	19,87
Centro de saúde	10 - 30anos	17,40
	31 - 50 anos	19,30
	>51 anos	20,87
	Total	19,77
Hospital	10 - 30anos	18,00
	31 - 50 anos	23,00
	>51 anos	22,80
	Total	22,50
Espaços públicos	10 - 30anos	17,26
	31 - 50 anos	17,88
	>51 anos	18,17
	Total	17,59

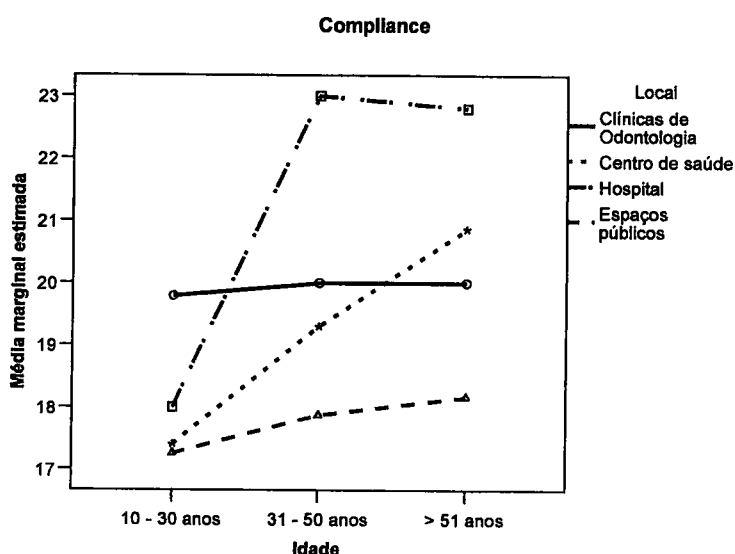


Figura 8.22. Gráfico de perfil do *Compliance* dividido pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.

A análise de variância factorial revelou, mais uma vez, um efeito significativo do ponto de vista estatístico da variável independente local de entrevista na variável dependente *compliance*, indicando que os sujeitos que se mostram mais aderentes às recomendações médicas são os inquiridos do Hospital Distrital de Faro. Os sujeitos com menores níveis de adesão à terapêutica médica são os inquiridos nos Espaços Públicos, como já havia sido referido.

No que diz respeito à variável independente idade, esta parece não ter influência na variável dependente, ou seja, não foram encontrados resultados significativos do ponto de vista estatístico. Estes dados estão em oposição aos encontrados para as mesmas variáveis no capítulo VII.

Ainda assim, e apesar de não se encontrarem resultados significativos do ponto de vista estatístico, os dados parecem indicar que os sujeitos com maiores níveis de adesão à terapêutica médica são os pertencentes ao grupo etário com idade superior a 31 anos, mostrando os sujeitos mais jovens, menores níveis de adesão às terapêuticas médicas do que os sujeitos mais velhos.

Para a variável *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista, realizou-se uma ANOVA one way, uma vez que, os valores apenas foram obtidos num dos Locais de Entrevista (Clínicas de Odontologia).

Espera-se, no entanto, que existam diferenças estatísticas significativas na variável independente idade de acordo com a variável dependente *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista.

Após a aplicação do teste verificou-se que entre as idades, não há diferenças estatísticas significativas (tabela 8.53.).

Tabela 8.53. Quadro resultante da aplicação da análise de variância ANOVA one way aplicada aos participantes para a variável *Compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista entre as idades.

ComplianceA			
	g.l.	F	p
Entre Grupos	2	,065	,937
Dentro de Grupos	27		
Total	29		

A análise estatística realizada para a variável dependente *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista permitiu descobrir que não existem diferenças significativas entre os grupos de idade dos inquiridos, no que diz respeito à variável dependente.

Assim, parece poder afirmar-se que os sujeitos têm percepções de adesão aos tratamentos médicos recomendados pelo médico dentista independentes da sua idade.

8.8.4. Satisfação com a Consulta Médica e com as Consultas Médicas no Geral

O efeito do Factor “Idade”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interação entre os dois factores relativamente à variável dependente: “Satisfação com a Consulta Médica” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

A realização da referida análise assume, *à priori*, que os factores local de entrevista e idade têm um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente em estudo.

Da observação da tabela 8.54. pode concluir-se que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de Entrevista tem um efeito na variável dependente ($F_{(11; 152)} = 29,089; p = 0,000$).

Quanto à variável idade, não foram encontrados resultados significativos do ponto de vista estatístico, $F_{(11; 152)} = 0,236$; $p < 0,790$. Em relação à interacção entre os dois factores (local de entrevista e idade), também não se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico, veja-se que $F_{(11; 152)} = 0,879$; $p < 0,512$ (tabela 8.54.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD permitiram concluir que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de média inferiores em relação aos restantes grupos, para a variável dependente satisfação com a consulta médica. Ao contrário destes, o grupo inquirido no Hospital, revelou valores de média superiores para a mesma variável dependente (tabela 8.55. e figura 8.23.).

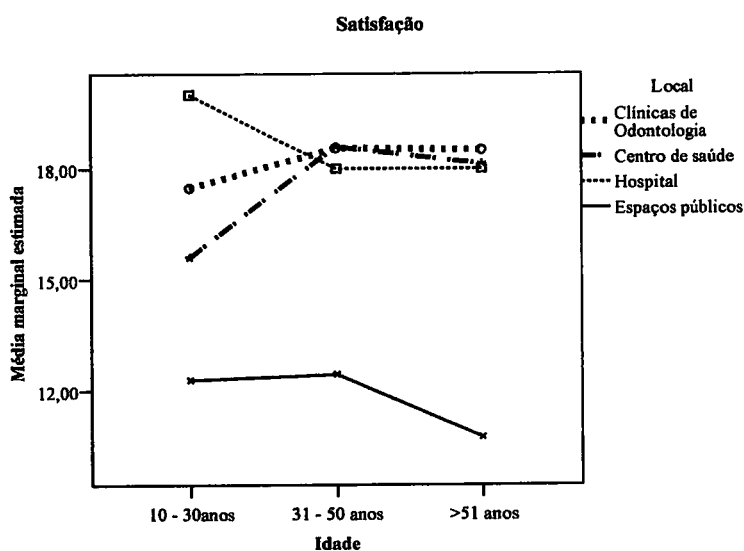
Apesar de não se terem encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável idade na variável satisfação dos sujeitos com a consulta médica, os resultados parecem indicar que, os sujeitos com idade compreendida entre os 10 e os 30 anos apresentam valores de média superiores quando inquiridos no Hospital e valores de média inferiores quando inquiridos no Centro de Saúde ou nas Clínicas de Odontologia. Nos Espaços Públicos, o grupo formado pelos indivíduos com idade superior a 51 anos foi o que mostrou menores valores médios para a variável analisada (tabela 8.55. e figura 8.23.).

Tabela 8.54. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com a Consulta Médica por Local de Entrevista e Idade.

Dependent Variable: Satisfação			
Fonte	g.l.	F	p
Local	3	29,089	,000
Idade (Classificada)	2	,236	,790
Local * Idade (Classificada)	6	,879	,512

Tabela 8.55. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: Satisfação		
Local	Idade	Média
Clínicas de Odontologia	10 - 30anos	17,47
	31 - 50 anos	18,56
	>51 anos	18,50
	Total	17,87
Centro de saúde	10 - 30anos	15,60
	31 - 50 anos	18,60
	>51 anos	18,13
	Total	17,87
Hospital	10 - 30anos	20,00
	31 - 50 anos	18,00
	>51 anos	18,00
	Total	18,13
Espaços públicos	10 - 30anos	12,29
	31 - 50 anos	12,44
	>51 anos	10,75
	Total	12,03

**Figura 8.23.** Gráfico de perfil da Satisfação com a Consulta Médica dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.

O efeito do Factor “Idade”, do Factor “Local de Entrevista” (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos) e da possível interação entre os dois factores, relativamente à variável dependente: “Satisfação com as Consultas Médicas no Geral” foi analisado com recurso à Análise de Variância Factorial de tipo 2x2 inter-participantes.

Como já foi anteriormente referido, espera-se que as variáveis independentes acima referidas tenham um efeito na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral. A não existência de efeito das variáveis independentes na variável dependente permite a rejeição da hipótese nula.

A análise da tabela 8.56. permite concluir que existem evidências estatísticas significativas, para um nível de significância de 5%, de que o factor Local de Entrevista tem um efeito na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral, veja-se na tabela 8.56.que, $F_{(11; 242)} = 16,140$; $p = 0,000$.

No que se refere à variável independente idade, verificou-se que esta também tem um efeito na variável dependente (satisfação com as consultas médicas no geral), note-se que $F_{(11; 242)} = 3,440$; $p < 0,034$. Em relação à interação entre os dois factores, também se encontraram resultados significativos do ponto de vista estatístico $F_{(11; 242)} = 3,335$; $p < 0,004$ (tabela 8.56.).

Os valores resultantes do *post-hoc* Tuckey HSD permitiram concluir que o grupo formado pelos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos revelou valores de média inferiores relativamente aos restantes grupos formados pelos locais de entrevista, para a variável dependente em estudo. Ao contrário destes, o grupo de indivíduos inquiridos no Hospital revelou valores de média superiores aos restantes grupos para a variável satisfação com as consultas médicas no geral (tabela 8.57. e figura 8.24.).

Os sujeitos mais jovens (grupo de idade 10-30 anos) mostraram valores de média inferiores para a satisfação com as consultas médicas em geral nos três estabelecimentos de saúde: Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro. Os sujeitos mais velhos (idade igual ou superior a 51 anos) mostraram valores de média inferiores nos Espaços Públicos (tabela 8.57. e figura 8.24.).

Tabela 8.56. Quadro resultante da análise de variância factorial da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral por Local de Entrevista e Idade.

Dependent Variable: SatisfaçãoA			
Fonte	g.l.	F	p
Local	3	16,140	,000
Idade (Classificada)	2	3,440	,034
Local * Idade (Classificada)	6	3,335	,004

Tabela 8.57. Estatísticas descritivas: valores da média.

Dependent Variable: SatisfaçãoA		
Local	Idade	Média
Clínicas de Odontologia	10 - 30anos	12,00
	31 - 50 anos	15,26
	>51 anos	15,50
	Total	13,92
Centro de saúde	10 - 30anos	11,00
	31 - 50 anos	14,78
	>51 anos	16,78
	Total	15,23
Hospital	10 - 30anos	16,00
	31 - 50 anos	18,00
	>51 anos	16,84
	Total	16,87
Espaços públicos	10 - 30anos	10,89
	31 - 50 anos	11,38
	>51 anos	9,17
	Total	10,68

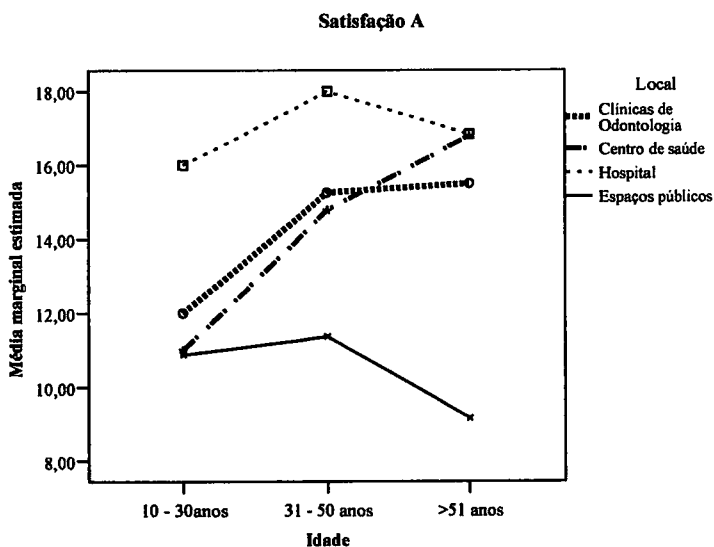


Figura 8.24. Gráfico de perfil da Satisfação com as Consultas Médicas no Geral dividida pelas variáveis Local de Entrevista e Idade.

A variável independente local de entrevista parece ter um efeito estatisticamente significativo nas variáveis satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral. Deste modo, parece poder afirmar-se, uma vez mais que, a percepção de satisfação com a consulta médica é influenciada pelo local onde os indivíduos são inquiridos. Os sujeitos que parecem mais satisfeitos com as consultas médicas são os pertencentes ao grupo inquirido no Hospital

Distrital de Faro, enquanto que os sujeitos com menores níveis de satisfação são os pertencentes ao grupo inquirido nos Espaços Públicos.

A variável independente idade parece ter um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral. Os inquiridos com idade compreendida entre os 10 e os 30 anos parecem menos satisfeitos nos três estabelecimentos de saúde (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia). Ao contrário destes, os inquiridos com idade superior a 51 anos parecem menos satisfeitos quando inquiridos nos Espaços Públicos.

A análise estatística parece indicar, ainda, a existência de um efeito da interação entre as duas variáveis independentes na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral.

8.9. Factores que Influenciam as Variáveis Gravidade da Doença e *Compliance* com os Conselhos Médicos

A aplicação de técnicas de regressão múltipla, sugere uma influência significativa de alguns factores sobre a variável Gravidade da Doença. O respectivo é dado por:

$$\text{Gravidade} = -0,909 + 0,183 * \text{Consequência A} + 0,098 * \text{Compliance}$$
$$(R^2 = 0,245; F = 5,842; p = 0,006)$$

Relativamente à variável *Compliance* apenas o factor Gravidade da doença parece ter influência, no entanto, o modelo explica menos de 13% da variância total. O modelo pode ser expresso por:

$$\text{Compliance} = 19,272 + 1,200 * \text{Gravidade}$$
$$(R^2 = 0,103; F = 4,257; p < 0,05)$$

Com o objectivo de verificar que factores afectam o *compliance* e a percepção de gravidade da doença dos indivíduos, foram realizadas regressões múltiplas que sugerem que a percepção de gravidade pode ser explicada pelo *compliance* e este pela percepção de gravidade. De facto, quanto mais os indivíduos percebem a sua situação como grave, maior será a sua tendência para referir que

cumprem os tratamentos médicos que, nesta situação, oferecem um alívio dos sintomas sentidos.

Segundo Becker (1974; Becker e col., 1977; Becker e Rosenstock, 1984 cit. por Ogden, 1999), o modelo de crenças de saúde sugere que o grau de adesão de um paciente depende da sua percepção de gravidade da doença, pelo que o estudo está de acordo com o teoricamente apresentado.

O facto dos indivíduos serem inquiridos num contexto de utilização de um estabelecimento de saúde pode influenciar a sua percepção de adesão, uma vez que os indivíduos inquiridos vivificam uma situação de doença.

Na gravidade e, segundo os resultados obtidos, tem ainda influência a variável consequências da situação de doença para os familiares e amigos. Neste ponto pode referir-se que os indivíduos parecem considerar que uma doença é tanto mais grave, quanto mais influencia a vida dos indivíduos que lhes são próximos. Não nos podemos, no entanto, esquecer que um sintoma é considerado mais sério e é mais provável a procura de um tratamento se afectar a mobilidade (Eifert, Hodson, Tracey, Seville e Ganawardane, 1996 cit. por Taylor, 2003). Assim, se a doença envolver graves prejuízos para os familiares e amigos, significa que o paciente não está já em condições de se tratar a ele mesmo e isso faz com que considere a sua doença mais grave.

8.10. Motivos da Procura dos Cuidados de Saúde

Foram, ainda, observados os motivos que conduzem os utentes aos diferentes Estabelecimentos de Saúde (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia) e produziram-se as tabelas de 8.58. e 8.59., onde se pode verificar o motivo da procura dos cuidados de saúde e o local seleccionado pelos utentes neste estudo.

Os principais motivos que levam com que os utentes recorram ao Hospital parecem ser a presença de sintomas de doença (febre, dores, vómitos, etc.), os resultados de exames médicos e questões de rotina. Para o Centro de Saúde os motivos mais citados foram a presença de sintomas de doença (febre, dores, vómitos, etc.), os resultados de exames médicos e o facto do utente não se sentir bem ou não se sentir normal. Para as Clínicas de Odontologia os motivos mais citados foram a realização de um tratamento e por sentir dores.

Tabela 8.58. Valores de frequências absolutas quanto aos utentes e primeiro motivo seleccionado para acederem ao Hospital e Centro de Saúde.

Count		Local		
		Centro de saúde	Hospital	Total
Motivo da consulta	Dores, febre, náuseas, apatia, vômitos	13	22	35
	Não se sentia bem. Não se sentia normal.	12	0	12
	Devido a resultados de exames médicos	14	14	28
	Por conselho de familiares ou amigos	0	0	0
	Por conselho de outros profissionais de saúde	0	1	1
	Para realizar exames médicos	5	9	14
	Rotina	7	14	21
	Planeamento familiar	3	0	3
	Pedir baixa	2	0	2
	Outros	4	0	4
Total		60	60	120

Tabela 8.59. Valores de frequências absolutas quanto aos utentes e primeiro motivo seleccionado para acederem às Clínicas de Odontologia.

Count		Local	
		Clínicas de Odontologia	Total
Motivo da consulta	Porque tinha dores	11	11
	Para uma consulta de rotina	3	3
	Para realizar um tratamento	33	33
	Para uma extracção dentária.	1	1
	Para colocar uma prótese dentária.	6	6
	Outros	6	6
Total		60	60

De acordo com o anteriormente exposto, parece poder concluir-se que os utentes do Hospital Distrital de Faro referem que o principal motivo que os levou a procurar os cuidados de saúde foi o facto de sentirem os sintomas de uma doença (dores, febre, náuseas, etc.). Referem, também, procurar os cuidados de saúde, no estabelecimento considerado, devido a resultados de exames médicos ou para uma consulta de rotina.

No Centro de Saúde de Faro, os principais motivos que levam os utentes a procurar os cuidados de saúde são os resultados de exames médicos, a percepção dos

sintomas de uma doença (dores, febre, apatia, náuseas, vómitos, etc.) e o facto dos pacientes não se sentirem bem ou não se sentirem normais.

Nas Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro o motivo que leva os utentes a procurar estes cuidados é, sobretudo, a realização de um tratamento, tendo em vista a melhoria da sua saúde oral. Contudo, muitos dos utentes referem que o facto de terem dores os motivou a consultar o seu médico odontologista.

Os resultados acima apresentados parecem indicar que os indivíduos procuram os cuidados de saúde, em qualquer dos estabelecimentos considerados, sobretudo, se sentem os sintomas do problema de saúde. As dores são referidas como um dos motivos da procura dos cuidados de saúde, porque se um problema de saúde causa dores é mais provável a procura dos cuidados de saúde.

Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários parecem estar de acordo com Taylor (2003), segundo a autora, se um sintoma causar dor, leva um indivíduo a procurar mais rapidamente um tratamento do que se o sintoma não causar dor.

8.11. As Causas da Situação de Doença

As principais causas da doença referidas pelos utentes do Hospital Distrital de Faro e do Centro de Saúde de Faro foram as preocupações pessoais e profissionais, as condições de trabalho e os aspectos relacionados com a genética ou com a hereditariedade (tabela 8.60.).

Tabela 8.60. Valores de frequências absolutas quanto à primeira causa da doença pelos utentes do Hospital e Centro de Saúde.

Count		Local		
		Centro de saúde	Hospital	Total
Causas da doença	Preocupações pessoais e profissionais	9	4	13
	Condições de trabalho	6	6	12
	Infecção por bactérias ou vírus	2	1	3
	Estilo de vida	3	1	4
	Foi a vontade de Deus	0	4	4
	Genética	6	6	12
	Acidente	1	0	1
	Envelhecimento	1	0	1
	Outros	4	9	13
Total	32	31	63	

Quando inquiridos acerca das principais causas da situação de doença em que se encontram, os utentes do Hospital Distrital de Faro e do Centro de Saúde de Faro referem que são, sobretudo, as preocupações pessoais e profissionais, as condições de trabalho e os aspectos relacionados com a genética ou com a hereditariedade.

8.12. Motivos do Não Cumprimento da Prescrição Médica

Na tabela 8.61. pode observar-se, relativamente ao primeiro motivo pelo qual os utentes não cumprem a prescrição médica nos diferentes Locais de Entrevista, que a razão mais apontada foi o esquecimento de cumprir a prescrição médica.

Este resultado parece estar de acordo com o anteriormente analisado para o *compliance* viz. se o *compliance* for menor parece que os indivíduos referem maior número de razões para não cumprir a prescrição médica. Isto é observado para o grupo de indivíduos inquirido nos Espaços Públicos que, referindo ser menos aderente às prescrições médicas, refere também que as causas da sua não adesão são essencialmente o esquecimento de cumprir a prescrição e o medo dos efeitos secundários do tratamento (tabela 8.61.).

Tabela 8.61. Valores de frequências absolutas do primeiro motivo pelo qual os utentes não cumprem a prescrição médica relativamente aos Locais de Entrevista.

Count		Local				Total
		Clínicas de Odontologia	Centro de saúde	Hospital	Espaços públicos	
Não cumpre	Não tem possibilidade financeira para cumprir o tratamento prescrito	5	3	0	4	12
	Não sofre dos sintomas da doença diagnosticada pelo médico.	0	2	0	7	9
	Tem medo que o tratamento lhe faça mal a outra coisa	2	5	3	11	21
	Tem medo de ficar dependente do tratamento	0	5	0	8	13
	Se esquece de cumprir o tratamento prescrito.	18	8	11	25	62
	Outros Motivos	2	3	1	1	7
Total		27	26	15	56	124

O principal motivo pelo qual os pacientes não cumprem a prescrição médica parece ser o esquecimento, em qualquer um dos locais de entrevista. Já se havia referido, anteriormente, que os sujeitos que parecem cumprir menor número de vezes

as prescrições médicas são os inquiridos nos Espaços Públicos, ou seja, o grupo de indivíduos que não se encontra numa situação de doença. Este aspecto parece estar relacionado com o facto destes indivíduos não terem o contexto da consulta tão presente e não se encontrarem numa situação de mal-estar.

Este facto parece confirmar-se pelo número de motivos que os sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos apontam para não cumprir a prescrição médica, quando comparados com os sujeitos inquiridos nos outros locais de entrevista. Assim, além do esquecimento os sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos referem ainda como motivos do seu *non-compliance* o medo dos efeitos secundários do tratamento, o medo que o tratamento cause dependência e o facto de não sofrerem dos sintomas da doença diagnosticada pelo profissional de saúde, no decorrer do processo de diagnóstico.

8.13. Motivos da Falta de Regularidade às Consultas de Odontologia

As razões mais citadas para que os utentes não consultem com maior regularidade o seu médico dentista foram, de modo notório, a razão económica e com menor importância a disponibilidade de tempo para o fazer (tabela 8.62.).

Tabela 8.62. Valores de frequências absolutas do motivo porque não consulta com maior regularidade o médico dentista.

Count		Local	
		Clínicas de Odontologia	Total
Motivos porque não consulta com maior regularidade o seu médico dentista	Por motivos económicos	18	18
	Porque tenho medo	1	1
	Porque não considero necessário	3	3
	Por falta de disponibilidade	6	6
	Outros	3	3
Total		31	31

O motivo mais citado para os utentes não consultarem com maior regularidade o seu médico odontologista foi o motivo económico. É importante referir, neste ponto, que os cuidados de odontologia não estão disponíveis no Serviço Nacional de Saúde e que, por esse motivo, os utentes têm que recorrer a um serviço

privado para terem acesso a esses cuidados. Assim, os tratamentos realizados, por vezes em várias sessões, e os materiais e técnicas utilizados na medicina dentária encarecem os cuidados de saúde e são responsáveis pelo facto dos utentes não procurarem com maior regularidade esses cuidados.

Resumo

Esta segunda análise dos dados revelou, tal como no capítulo anterior, que de um modo geral, e salvo algumas excepções, o factor mais importante na explicação das variáveis em estudo é o local de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos).

De acordo com os resultados obtidos parece poder dizer-se que o grupo de sujeitos inquirido no Hospital é aquele que considera ter menor responsabilidade pela doença e pensa que poderá ter maiores dificuldades em controlar esse problema de saúde. São, no entanto, os inquiridos que consideram a sua doença mais frequente. Estes indivíduos consideram que uma situação de doença teria menores consequências quer para si mesmo, quer para os indivíduos que lhes são mais próximos. São também os utentes que afirmam cumprir maior número de vezes as prescrições médicas e os que se revelam mais satisfeitos com as consultas médicas.

Ao contrário destes, os indivíduos inquiridos nos Espaços Públicos (“não doentes”) parecem referir maiores consequências da situação de doença para si mesmo e para os familiares e amigos, dizem-se menos aderentes às prescrições médicas e mostram-se menos satisfeitos com os aspectos relacionados com as consultas médicas no geral.

As diferenças encontradas entre os sujeitos “doentes” e os sujeitos “não doentes” parecem estar relacionadas com o facto dos indivíduos “não doentes” não terem o contexto da consulta presente na altura da resposta ao questionário e por não se encontrarem numa situação de sofrimento ou mal-estar.

As principais causas da doença, referidas pelos utentes do Hospital e do Centro de Saúde foram as preocupações pessoais e profissionais, as condições de trabalho e os aspectos relacionados com a genética ou com a hereditariedade.

O principal motivo pelo qual os pacientes não cumprem a prescrição médica parece ser o esquecimento, em qualquer um dos locais de entrevista.

CAPÍTULO IX
CONSIDERAÇÕES FINAIS



9. Considerações Finais

Introdução

O presente capítulo tem como objectivo apresentar as principais conclusões retiradas do trabalho de investigação. Neste sentido e de acordo com Quivy e Campenhoudt (1992), foram respeitadas as três partes que estruturam as conclusões de um trabalho de investigação em ciências sociais: retrospectiva das grandes linhas do procedimento; apresentação dos novos contributos para o conhecimento originados pelo trabalho; e as considerações de ordem prática.

Este capítulo contempla ainda as limitações do estudo e sugestões para futuras investigações.

9.1. Principais Conclusões

9.1.1. Retrospectiva das Grandes Linhas do Procedimento

O estudo a que se refere o presente projecto de investigação é um estudo quase experimental de campo que pretende abordar o seguinte tema: “Percepção de gravidade da doença e Adesão ao tratamento médico (*Compliance*) em utentes aguardando consulta na sala de espera da consulta externa do Hospital, na sala de espera do Centro de Saúde e na sala de espera de Consultórios de Odontologia, na cidade de Faro”.

O estudo a que se refere o presente trabalho não busca a representatividade da amostra pretende apenas comparar os grupos de indivíduos que constituem a amostra, relativamente às variáveis dependentes em estudo. Os grupos de indivíduos foram definidos por local de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos), por momento da consulta (utentes antes da consulta e utentes depois da consulta), por conhecimento acerca da doença (utentes antes da consulta e profissionais de saúde) e por estado de saúde (indivíduos doentes e indivíduos não doentes).

O estudo a que se refere o presente trabalho de investigação é, um estudo quase experimental com um carácter exploratório. Trata-se de um estudo quase experimental porque se manipulam as variáveis independentes com o objectivo de

verificar o seu efeito nas variáveis dependentes e um estudo de carácter exploratório na medida em que tenta explorar novas relações entre os dados que ainda não foram contempladas pela literatura existente sobre o tema.

Para responder à questão de partida do projecto de investigação, a investigadora delineou um modelo de análise que consistiu na recolha dos conceitos e hipóteses que poderiam responder à questão de partida. Assim, depois de uma leitura cuidada da bibliografia disponível sobre o tema chegou-se à conclusão que a percepção de gravidade da doença e o *compliance* dos indivíduos com os conselhos dos profissionais de saúde, podem ser afectados por vários factores que foram objecto de análise em estudos anteriores.

Segundo, Taylor (2003), a percepção de doença e dos seus sintomas está relacionada com a experiência anterior com uma situação de doença, com a seriedade da doença e com as expectativas dos doentes relativamente ao problema de saúde. De acordo com Turk et al. (1986, cit. por Marks et al., 2000), a percepção de gravidade da doença está relacionada com a seriedade da doença, responsabilidade pessoal pela doença, controlabilidade da doença e grau de mudança da doença ao longo do tempo. Leventhal et al. (1980 e Lau e Hartman, 1983, cit. Whitmarsh, Koutantji e Sidell, 2003), identificaram cinco componentes da percepção de doença: a identidade da doença, as consequências da doença, as causas da doença, a linha de tempo e a curabilidade do problema de saúde.

Homedes (1991, cit. por Curtis, 2000), referiu que o *compliance* dos indivíduos depende de cinco aspectos principais: características do paciente; características do regime de tratamento; relação entre o profissional de saúde e o paciente; e estabelecimento de saúde.

Segundo Becker (1974; Becker e col., 1977; Becker e Rosenstock, 1984 cit. por Ogden, 1999), o modelo de crenças de saúde sugere que o grau de adesão de um paciente depende da sua percepção de gravidade da doença; da sua susceptibilidade para um determinado problema de saúde; da percepção dos benefícios do tratamento recomendado e das barreiras em seguir o tratamento.

Ley (1981, 1989, cit. por Curtis, 2000 e Ogden, 1999), desenvolveu um modelo cognitivo de hipóteses do *compliance* do paciente que mostrou que o *compliance* pode ser previsto por uma combinação da satisfação do paciente com a consulta, compreensão da informação dada e recordação dessa informação.

Recolhidos e organizados os conceitos relacionados com a percepção de gravidade da doença e que influenciam o *compliance* dos utentes, procedeu-se a entrevistas exploratórias com o objectivo de seleccionar os conteúdos a incluir no questionário e que se consideraram relevantes para a comparação dos grupos de indivíduos inquiridos no projecto de investigação.

O modelo de análise foi construído com o objectivo de verificar o efeito das variáveis independentes (local da consulta, estado de saúde, momento da consulta e conhecimento acerca da doença) nas variáveis dependentes (percepção de gravidade da doença, consequências da situação de doença para si mesmo, consequências da situação de doença para os familiares e amigos, *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico, *compliance* com os tratamentos prescritos pelo médico dentista, satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral).

O presente projecto de investigação conta com um campo de análise muito bem circunscrito no espaço, quer geográfico, quer social, e no tempo. O projecto de investigação diz respeito a um estudo realizado na cidade de Faro, com utentes e profissionais de saúde de três estabelecimentos de saúde (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia), que foram divididos em três grupos por cada estabelecimento considerado (utentes antes da consulta; utentes depois da consulta; e profissionais de saúde). Os indivíduos pertencentes ao grupo “não doentes”, foram inquiridos em espaços públicos não relacionados com o Serviço Nacional de Saúde, como esplanadas de pastelarias e cafés, na rua ou em jardins públicos.

As recolhas de dados para o presente estudo decorreram de Junho de 2004 a Setembro do ano de 2005. Trata-se de um estudo com *design* ortogonal que pretende apenas a comparação dos indivíduos inquiridos num dado momento, respeitando os grupos de indivíduos formados pelo local de entrevista, momento da consulta, conhecimento acerca da doença e estado de saúde.

O método de recolha de dados que se considerou mais adequado ao presente projecto de investigação foi o inquérito por questionário, visto que, o estudo pretende a comparação da opinião dos grupos de indivíduos e/ou da sua intenção de adoptar um determinado comportamento, com vista a descobrir eventuais diferenças estatisticamente significativas nas variáveis em estudo.

Do ponto de vista da investigadora, a principal diferença entre o presente estudo e outros abordando o mesmo tema é o facto desta investigação não pretender

identificar os factores que afectam cada uma das variáveis analisadas, mas antes procurar compreender se o local de entrevista (Hospital, Centro de Saúde, Clínicas de Odontologia e Espaços Públicos), momento da consulta (utentes antes da consulta e utentes depois da consulta), o estado de saúde (doente ou não doente) ou o conhecimento acerca da doença (utentes antes da consulta e profissionais de saúde) têm um efeito sobre as variáveis dependentes em estudo.

A experiência de doente parece ser diferente nos diferentes estabelecimentos de saúde que frequentamos. De um modo geral, quase todas as pessoas têm percepções menos positivas do Hospital, por este ser um estabelecimento de saúde relacionado com períodos de internamento mais ou menos longos e com a possibilidade de ser sujeito a intervenções cirúrgicas de maior ou menor gravidade. O Centro de Saúde é um estabelecimento de saúde que os utentes procuram para uma consulta de clínica geral, normalmente associada a uma doença crónica ou a uma situação de doença aguda e, por isso, a percepção deste estabelecimento de saúde parece não ser tão negativa como a percepção do estabelecimento de saúde Hospital.

Relativamente às Clínicas de Odontologia, a percepção de gravidade do estado de saúde é um pouco diferente da que está associada aos outros dois estabelecimentos de saúde, porque, os utentes sabem que o problema de saúde que os levou a procurar os cuidados de odontologia não acarreta perigo de vida, embora exista a percepção de que são cuidados de saúde necessários e importantes para o bem-estar dos utentes.

Em relação aos sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos, parece relevante referir que são indivíduos não doentes. Assim, o contexto da consulta não está tão marcado e estes indivíduos têm uma visão exterior do Serviço Nacional de Saúde, apresentando opiniões e comportamentos muito diferentes dos sujeitos inquiridos em contexto de utilização de um estabelecimento de saúde. Além destes aspectos, o facto destes indivíduos não se encontrarem numa situação de mal-estar também parece influenciar a sua experiência enquanto utentes do Serviço Nacional de Saúde, revelando estes indivíduos opiniões e comportamentos específicos quanto à percepção de gravidade da doença, percepção das consequências da doença, *compliance* e satisfação com as consultas médicas.

9.1.2. Novos Contributos para o Conhecimento e Considerações de Ordem Prática

O estudo a que se refere o presente trabalho de investigação é um estudo quase experimental de campo onde se pretendem avaliar uma série de factores num *design* factorial. Assim, estuda-se essencialmente:

- (1) O efeito do Local da Consulta (Hospital; Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia).
- (2) O efeito do Estado de Saúde (Indivíduos doentes *versus* Indivíduos não doentes).
- (3) O efeito do Momento da Consulta (Utentes inquiridos antes da consulta *versus* Utentes depois da consulta).
- (4) O efeito do Conhecimento acerca da Doença (Utentes inquiridos antes da consulta *versus* Profissionais de saúde inquiridos depois da consulta com o paciente).

As variáveis acima referidas constituem as variáveis independentes do estudo e pretende-se verificar o efeito destas variáveis nas variáveis dependentes e verificar a existência de diferenças significativas nas variáveis independentes, de acordo com as variáveis dependentes em estudo.

Com o objectivo de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis independentes Local da Consulta e Estado de Saúde, de acordo com as variáveis dependentes, utilizou-se uma análise de variância simples (ANOVA one way). Os resultados das diferenças estatísticas nas variáveis independentes, de acordo com as variáveis dependentes são apresentados abaixo.

Os resultados obtidos pela análise estatística dos dados recolhidos através dos questionários parecem indicar que existem diferenças significativas do ponto de vista estatístico nos grupos formados pelo **Local da Consulta e Estado de Saúde**, de acordo com as variáveis dependentes percepção de gravidade da doença, consequências da situação de doença para si mesmo, consequências da situação de doença para os familiares e/ou amigos, confiança no profissional de saúde, avaliação do estabelecimento de saúde, satisfação com a consulta médica, satisfação com as consultas médicas no geral e tipo de doença (aguda ou crónica). Os resultados parecem ainda indicar que existem diferenças significativas nos grupos formados

pelo local da consulta e estado de saúde, relativamente aos itens relacionados com as variáveis dependentes acima especificadas. Seguidamente faz-se uma apresentação dos aspectos mais relevantes dos resultados obtidos pela análise estatística dos dados.

No que diz respeito à variável dependente **Percepção de Gravidade da Doença**, parece adequado lembrar que os itens relacionados com esta variável são as percepções de: curabilidade da doença, controlabilidade da doença, frequência com que aparece, gravidade da doença e responsabilidade pessoal pela situação de doença. A análise estatística dos dados parece indicar que existem diferenças significativas nos grupos de indivíduos formados pelo Local da Consulta, de acordo com as variáveis curabilidade, controlabilidade e responsabilidade pessoal pela doença. Assim, e de acordo com os resultados obtidos parece poder referir-se que os indivíduos que demonstram maior percepção de curabilidade e controlabilidade do problema de saúde são os pertencentes ao grupo inquirido nas Clínicas de Odontologia. Estes sujeitos são, também, aqueles que referem ter uma maior responsabilidade pelos seus problemas de saúde. No que se refere à percepção de controlabilidade e de responsabilidade pessoal pelo problema de saúde parece poder referir-se que o grupo inquirido no Hospital é o que apresenta valores médios mais baixos, indicando uma menor percepção de controlabilidade da doença e considerando que têm menor responsabilidade pessoal pela sua situação de doença. Relativamente à percepção de curabilidade, esta parece ser inferior no grupo de indivíduos inquirido no Centro de Saúde.

Os resultados obtidos parecem indicar que o local onde decorre a consulta médica influencia a percepção de gravidade da doença dos indivíduos, mostrando os sujeitos inquiridos nas Clínicas de Odontologia menores percepções de gravidade do seu problema de saúde e os indivíduos inquiridos no Hospital e Centro de Saúde maior percepção de gravidade do seu problema de saúde. A experiência de doente parece, assim, ser diferente nestes três estabelecimentos de saúde, mostrando-se os indivíduos inquiridos no Hospital e Centro de Saúde menos optimistas relativamente ao problema de saúde que os afecta. Recorde-se que o Hospital é o estabelecimento de saúde mais vezes associado a doenças que envolvem intervenções cirúrgicas e internamentos mais ou menos prolongados e estes aspectos podem fazer parte da esfera do doente e influenciar a sua percepção de gravidade da doença. O Centro de Saúde é um estabelecimento também muito associado a doenças crónicas que

necessitam frequentemente de acompanhamento médico, facto que pode ser responsável pela percepção de gravidade destes sujeitos.

O efeito da variável Estado de Saúde na variável percepção de gravidade da doença não pode ser verificado, uma vez que as questões relativas a esta variável não estavam contempladas nos questionários aplicados nos Espaços Públicos, a indivíduos não doentes.

Parecem existir diferenças significativas do ponto de vista estatístico nos grupos formados pelo Local da Consulta e Estado de Saúde, de acordo com as variáveis dependentes **consequências da situação de doença para si mesmo e consequências da situação de doença para os outros** (familiares e/ou amigos), assim como, nos itens relacionados com estas variáveis. A saber, esses itens são: perder o emprego ou a ocupação profissional; receber ajuda financeira para cumprir os tratamentos prescritos; ficar dependente de familiares e amigos e ter dificuldades no relacionamento com familiares e amigos.

Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelo Estado de Saúde, de acordo com as variáveis dependentes acima referidas, assim como nos itens relacionados com elas. Assim, o grupo inquirido nos Espaços Públicos e formado por indivíduos não doentes é o grupo de indivíduos que apresenta valores de média superiores no que se refere às variáveis consequências da situação de doença para si mesmo e consequências da situação de doença para os outros, bem como para os itens relacionados com estas variáveis. Assim, estes parecem ser os indivíduos que consideram que uma situação de doença sua teria consequências mais graves quer para si mesmo quer para os seus familiares e amigos.

Parecem existir, também, diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelo Local da Consulta, de acordo com as variáveis dependentes consequências da situação de doença para si mesmo e consequências da situação de doença para os outros, assim como para os itens relacionados com elas. O grupo de sujeitos inquirido no Hospital parece ser o que considera que uma situação de doença sua teria consequências menos graves quer para si mesmo quer para os seus familiares e amigos.

Parece verificar-se que quando o contexto da consulta não está presente, os indivíduos tendem a ser menos optimistas no que se refere aos assuntos relacionados com a sua saúde. Os utentes que parecem considerar que uma situação de doença

teria menores consequências na sua vida e na vida dos familiares e amigos são os inquiridos no Hospital. Estes, apesar de se encontrarem num contexto de utilização do estabelecimento de saúde com conotação menos positiva são os que parecem mais optimistas no que diz respeito às consequências que uma situação de doença poderia ter na sua vida e na vida dos familiares e amigos.

Parecem também existir diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelo Local da Consulta e Estado de Saúde de acordo com a variável dependente *compliance* com os conselhos médicos, assim como nos itens relacionados com esta variável. Revendo estes itens, eles são: fazer o tratamento de forma correcta nas vezes e horários recomendados; parar o tratamento apenas quando tem indicação médica para o fazer; parar o tratamento quando se sente melhor; parar o tratamento quando sente que está a fazer mal a outra coisa; cumprir o tratamento de forma correcta, nas vezes e horários recomendados e até ao final.

Nos grupos formados pelo Estado de Saúde parecem existir diferenças significativas de acordo com a variável dependente em questão, assim como nos itens relacionados com ela. O grupo inquirido nos Espaços Públicos é o que apresenta valores de média inferiores para todos os itens da dimensão *compliance*. Assim, parece poder dizer-se que os indivíduos que não estão doentes dizem cumprir menor número de vezes as prescrições médicas do que os sujeitos doentes.

Nos grupos formados pelo Local da Consulta também parecem existir diferenças estatisticamente significativas de acordo com a variável percepção de *compliance* dos utentes. Os sujeitos inquiridos no Hospital parecem ser os indivíduos com maior percepção de *compliance* com os conselhos médicos e parecem dizer-se mais aderentes às terapêuticas recomendadas do que os restantes grupos de indivíduos.

Parece verificar-se que quando o contexto da consulta não está presente e os indivíduos não se encontram numa situação de mal-estar, estes tendem a dizer-se menos aderentes às recomendações médicas. Os utentes parecem considerar que é mais sensato cumprir a prescrição médica, quando o contexto da consulta ou uma situação de mal-estar estão muito presentes, caso de utilização de um estabelecimento de saúde.

Os dados acima apresentados levam a crer que as pessoas normalmente têm menores níveis de *compliance* do que aqueles que referem ter, quando inquiridas numa situação de utilização de um estabelecimento de saúde, necessitando estas

conclusões de investigação. É de por a hipótese que o *compliance* natural não seja aquele que os inquiridos referem quando estão doentes, mas antes o que referem quando inquiridos num contexto de “não doente”.

A resposta ao *compliance* é muito mais radical quando os sujeitos não estão doentes o que parece indicar que os utentes não são tão obedientes como deveriam, no que se refere ao cumprimento da prescrição médica.

Quando inquiridos numa situação em que o contexto da consulta está presente os utentes dizem-se mais cumpridores das prescrições médicas porque o *compliance* está “mascarado” pelo facto dos sujeitos se encontrarem numa situação de mal-estar. No entanto, o *compliance* natural parece ser o referido pelos indivíduos não doentes e não o mostrado pelos sujeitos doentes.

Parecem existir diferenças significativas do ponto de vista estatístico nos grupos formados pelo local da consulta e estado de saúde, de acordo com as variáveis dependentes **confiança no profissional de saúde e avaliação do estabelecimento de saúde**.

Parecem existir diferenças significativas nos grupos de indivíduos formados pelo Local da Consulta, de acordo com as variáveis acima referidas. Os resultados indicam que o grupo formado pelos inquiridos nas Clínicas de Odontologia, revela níveis mais elevados de confiança no Profissional de Saúde e avalia de forma mais positiva o estabelecimento de saúde que frequenta.

Parecem existir, também, diferenças significativas nos grupos formados pelo Estado de Saúde, de acordo com as variáveis dependentes consideradas. O grupo inquirido Espaços Públicos é o que apresenta valores de média inferiores para a confiança no profissional de saúde e avaliação do estabelecimento de saúde.

Parece verificar-se que quando o contexto da consulta não está presente e os indivíduos não se encontram numa situação utilização de um estabelecimento de saúde, estes tendem a dizer-se menos confiantes no Profissional de Saúde e mostram maiores níveis de insatisfação com o estabelecimento de saúde que utilizam, com maior regularidade. Os utentes que parecem ter maior confiança no Profissional de Saúde e que têm percepções mais positivas dos estabelecimentos de saúde que frequentam são os inquiridos nas Clínicas de Odontologia, um estabelecimento de saúde privado.

A utilização de um estabelecimento de saúde privado parece dar aos pacientes um sentido de controlo sobre a situação, porque os utentes escolheram o

estabelecimento de saúde e o profissional de saúde do qual são pacientes e têm sempre a possibilidade de mudança caso estejam menos satisfeitos com os serviços médicos, facto que não acontece no Serviço Nacional de Saúde.

Nos grupos formados pelo Local da Consulta e Estado de Saúde parecem existir diferenças significativas, de acordo com as variáveis dependentes **satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral**, assim como em todos os itens relacionados com estas variáveis. Revendo estes itens, eles são: o médico fornece a informação necessária à compreensão do estado de saúde e do tratamento; o médico encoraja o paciente a colocar questões; o médico demonstra interesse relativamente às preocupações do utente; e quando o utente marca uma consulta, o tempo que passa entre a marcação e a consulta é muito longo.

Nos grupos formados pelo Estado de Saúde parecem existir diferenças significativas de acordo com as variáveis dependentes em questão, assim como nos itens relacionados com elas. Os inquiridos nos Espaços Públicos são os indivíduos que apresentam valores de média inferiores, para todos os itens das dimensões **satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral**. Assim, este parece ser o grupo de indivíduos menos satisfeito com as consultas médicas.

Nos grupos formados pelo Local da Consulta também parecem existir diferenças estatisticamente significativas, de acordo com a satisfação dos utentes com as consultas médicas. No que diz respeito à primeira variável dependente, os sujeitos que se mostram mais satisfeitos com a consulta médica são os inquiridos no Hospital e estes mostram-se sobretudo satisfeitos com o facto do médico os encorajar a colocar questões. No que diz respeito à segunda variável dependente, os sujeitos que se mostram mais satisfeitos com as consultas médicas no geral são, também, o grupo de utentes do Hospital e este mostra-se sobretudo satisfeito com a informação fornecida pelos profissionais de saúde aos seus pacientes, com o facto do médico os encorajar a colocar questões e com o facto do tempo entre a marcação e a consulta não ser muito demorado.

Parece verificar-se, mais uma vez que, quando o contexto da consulta não está presente e os indivíduos não se encontram numa situação de mal-estar, estes tendem a dizer-se menos satisfeitos com as consultas do profissional de saúde do qual são pacientes e com as consultas médicas em geral. Os utentes que parecem mais satisfeitos com as consultas médicas são, precisamente, os inquiridos no

estabelecimento de saúde associado com problemas de saúde de maior gravidade, o grupo de utentes do Hospital Distrital de Faro.

No que diz respeito à variável dependente **tipo de doença** que considera ter (Doença aguda ou Doença crónica), a análise estatística dos dados parece indicar que não existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelo local da consulta.

As diferenças estatísticas nos grupos formados pelo estado de saúde não puderam ser verificadas, uma vez que, as questões relativas ao tipo de doença não estavam contempladas nos questionários aplicados nos Espaços Públicos, a indivíduos não doentes.

Assim, os resultados obtidos parecem indicar que não existem diferenças significativas nos grupos formados pelo o local onde decorre a consulta médica, de acordo com a percepção de tipo de doença dos indivíduos, mostrando que não existem diferenças estatísticas significativas entre os sujeitos inquiridos no Hospital e no Centro de Saúde. Estes resultados parecem estar associados com o facto dos dois estabelecimentos de saúde serem procurados por utentes padecendo de doenças agudas, de doenças crónicas e no decurso de surtos agudos de doenças crónicas.

Os resultados da análise estatística dos dados recolhidos através da aplicação dos questionários parecem indicar que não existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos formados pelo **Momento da Consulta** (Utentes inquiridos antes da consulta *versus* Utentes inquiridos depois da consulta) e nos grupos formados pelo **Conhecimento acerca da Doença** (Utentes inquiridos antes da consulta *versus* Profissionais de Saúde inquiridos depois da consulta), de acordo com as variáveis dependentes percepção de gravidade da doença, consequências da situação de doença para si mesmo, consequências da situação de doença para os outros (familiares e/ou amigos) e satisfação com a consulta médica.

Com o objectivo de verificar o efeito das variáveis independentes Local da Consulta e Momento da Consulta nas variáveis dependentes percepção de gravidade da doença, consequências da situação de doença para si mesmo, consequências da situação de doença para os familiares e amigos, satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas, no geral, utilizou-se uma análise de variância factorial do tipo 2x2 inter-participantes. Os resultados dos efeitos das variáveis independentes nas variáveis dependentes é apresentado abaixo.

Pese embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável independente Momento da Consulta na variável dependente **Percepção de Gravidade da Doença**, é interessante constatar que, no que se refere ao local de entrevista parece poder indicar-se que nas Clínicas de Odontologia ocorreu um decréscimo do valor médio do grupo de indivíduos antes da consulta para o grupo de indivíduos depois da consulta. No Centro de Saúde e Hospital, o valor médio sofreu um ligeiro aumento do grupo inquirido antes da consulta para o grupo inquirido depois da consulta.

Parece, assim, poder referir-se que nas Clínicas de Odontologia os utentes antes da consulta consideram que o seu problema de saúde tem maior gravidade do que os sujeitos depois da consulta. No Hospital e no Centro de Saúde acontece precisamente o contrário, os sujeitos inquiridos depois da consulta pensam que o seu problema de saúde é mais grave do que os indivíduos inquiridos antes da consulta.

Embora não se tivessem encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável independente Momento da Consulta na variável dependente **consequências da situação de doença para si mesmo**, parece relevante referir que no Centro de Saúde se observou que depois da consulta houve uma diminuição do valor médio, enquanto que, no Hospital Distrital de Faro observou-se um aumento do valor médio.

Assim, no Centro de Saúde os sujeitos que revelam maiores consequências da situação de doença são os inquiridos antes da consulta com o profissional de saúde, enquanto que no Hospital os sujeitos que referem maiores consequências da situação de doença são os inquiridos depois da consulta.

No que diz respeito à variável dependente **consequências da situação de doença para os outros** (familiares e/ou amigos), embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico, parece poder dizer-se que depois da consulta se observou, para o grupo de inquiridos no Centro de Saúde e Hospital, um aumento do valor médio.

Assim, no Hospital e no Centro de Saúde a percepção das consequências da situação de doença para os familiares e amigos parece ser maior para os sujeitos inquiridos depois da consulta do que para os indivíduos inquiridos antes da consulta.

Pese embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito do momento da consulta na variável dependente ***compliance***, parece interessante demonstrar que relativamente a esta variável, se

observou um aumento do valor médio no grupo depois da consulta, nos três locais de entrevista (Hospital, Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia).

Assim, no Hospital, no Centro de Saúde e nas Clínicas de Odontologia os sujeitos que referem ser mais cumpridores das prescrições médicas são os inquiridos depois da consulta, ou seja, depois de conhecerem o diagnóstico médico, os sujeitos inquiridos consideram mais sensato cumprir a prescrição médica do que antes de terem mais informações acerca do seu problema de saúde.

Em relação à variável dependente *compliance* com os conselhos dos médicos dentistas parece poder dizer-se que se registou um aumento do valor médio do grupo de sujeitos antes da consulta para o grupo de sujeitos depois da consulta, pese embora na globalidade dos sujeitos inquiridos não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico.

Assim, parece que os sujeitos depois da consulta se dizem mais cumpridores das recomendações médicas do que antes da consulta, facto referido anteriormente para a variável dependente *compliance*.

Para a variável dependente **satisfação com a consulta médica** parece poder dizer-se que para o grupo formado pelos utentes do Centro de Saúde se observou que o valor médio sofreu um decréscimo dos indivíduos antes da consulta para os sujeitos depois da consulta, enquanto que no grupo formado pelos utentes do Hospital e Clínicas de Odontologia, esse valor médio sofreu um aumento, embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável momento da consulta na variável dependente.

Assim, no Centro de Saúde os sujeitos menos satisfeitos com as consultas médicas são os inquiridos depois da consulta, enquanto que no Hospital e nas Clínicas de Odontologia os sujeitos mais satisfeitos são os inquiridos depois da consulta.

No que diz respeito à variável dependente **satisfação com as consultas médicas no geral**, embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico para o efeito da variável momento da consulta na variável dependente, parece poder dizer-se que se verificou que o valor médio diminuiu do grupo de utentes antes da consulta para o grupo depois da consulta, no Centro de Saúde e Clínicas de Odontologia.

Assim, nos dois locais de consulta, os sujeitos menos satisfeitos com as consultas médicas, no geral, são os inquiridos depois da consulta com o profissional de saúde.

Com o objectivo de verificar o efeito das variáveis independentes Local da Consulta e Conhecimento acerca da Doença nas variáveis dependentes percepção de gravidade da doença e satisfação com as consultas médicas no geral, utilizou-se uma análise de variância factorial do tipo 2x2 inter-participantes. Os resultados dos efeitos das variáveis independentes nas variáveis dependentes é apresentado abaixo.

Os resultados da análise estatística dos dados parecem indicar que a variável independente **Efeito do Conhecimento acerca da Doença** (Utentes inquiridos antes da consulta *versus* Profissionais de saúde inquiridos depois da consulta com o paciente) tem um efeito significativo apenas na variável dependente satisfação com as consultas médicas no geral.

Pese embora não se tenham encontrado resultados significativos do ponto de vista estatístico, parece interessante demonstrar que relativamente à variável **Percepção de Gravidade da Doença**, no grupo formado pelos utentes das Clínicas de Odontologia ocorreu um aumento do valor médio dos indivíduos antes da consulta para os profissionais de saúde. No Centro de Saúde e Hospital, o valor médio sofreu um ligeiro decréscimo dos indivíduos antes da consulta para os profissionais de saúde.

Assim, para os estabelecimentos de saúde Hospital e Centro de Saúde parece verificar-se que os utentes consideram que a sua doença tem maior gravidade do que os profissionais de saúde. Ao contrário destes, os utentes inquiridos nas Clínicas de Odontologia parecem considerar que o seu problema de saúde tem menor gravidade do que os profissionais de saúde.

As variáveis consequências da situação de doença para si mesmo, consequências da situação de doença para os outros, *compliance* com os tratamentos recomendados pelo profissional de saúde e satisfação com a consulta médica não puderam sofrer o processo de análise para o efeito do conhecimento acerca da doença, visto que, para estas dimensões nem sempre houve respostas nos dois grupos: utentes antes da consulta e profissionais de saúde.

No que diz respeito à variável dependente **satisfação com as consultas médicas no geral**, encontraram-se resultados significativos do ponto de vista estatístico parece, então, poder afirmar-se que o factor conhecimento acerca da

doença tem um efeito significativo do ponto de vista estatístico na variável dependente acima indicada. Há, a referir que os sujeitos que parecem mais satisfeitos com as consultas médicas no geral, são os profissionais de saúde, uma vez que, os valores médios mais elevados puderam ser observados para o grupo de profissionais de saúde, nos três locais de entrevista.

Neste estudo pretende-se, também, avaliar o efeito das variáveis independentes analisadas *à posteriori* sexo, habilitações literárias e idade, nas variáveis dependentes percepção de gravidade da doença, consequências da situação de doença para si mesmo, consequências da situação de doença para os familiares e amigos, satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral. Para verificar o efeito das variáveis independentes analisadas *à posteriori* (sexo, habilitações literárias e idade), nas variáveis dependentes referidas, utilizou-se uma análise de variância factorial 2x2 inter-participantes. Os resultados obtidos para cada uma das variáveis são apresentados e discutidos abaixo.

Os resultados da análise estatística dos dados parecem indicar que a variável independente sexo tem um efeito significativo nas variáveis dependentes consequências da situação de doença para os familiares e amigos, satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral.

Para a variável dependente **consequências da situação de doença para os outros** (familiares e amigos), foram encontrados resultados significativos do ponto de vista estatístico, parecendo poder afirmar-se que o sexo dos indivíduos tem um efeito na variável dependente referida.

De acordo com os resultados obtidos, considera-se interessante referir que os indivíduos femininos parecem considerar que as consequências de uma situação de doença sua, para os familiares e amigos, são mais graves do que para os indivíduos do sexo masculino, uma vez que, apresentam valores de média superiores para os três locais de entrevista (Centro de Saúde, Hospital e Espaços Públicos).

As mulheres são responsáveis pela gestão e organização da casa e da família e têm noção destas obrigações e da sua importância nas tarefas acima referidas. Assim, em caso de doença, a mulher pode ter que deixar de cumprir estas tarefas, e vai acabar por transferir as suas obrigações para os seus familiares. Estes aspectos podem ser responsáveis pela maior percepção, por parte das mulheres, das consequências que uma situação de doença poderia ter na vida dos seus familiares e amigos.

Para a variável dependente **satisfação com a consulta médica** os resultados da análise estatística parecem indicar que o sexo dos indivíduos tem um efeito na variável dependente. Os sujeitos do sexo feminino parecem dizer-se mais satisfeitos com a consulta médica do que os indivíduos do sexo masculino se inquiridos nos Espaços Públicos ou Clínicas de Odontologia e igualmente ou menos satisfeitos do que os utentes masculinos quando inquiridos no Centro de Saúde ou Hospital.

No que diz respeito à variável dependente **satisfação com as consultas médicas no geral**, a análise estatística parece indicar que o sexo dos indivíduos também tem influência na variável dependente. Os sujeitos do sexo masculino parecem dizer-se mais satisfeitos com as consultas médicas se inquiridos no Centro de Saúde, Hospital e Clínicas de Odontologia e menos satisfeitos do que os sujeitos do sexo feminino quando inquiridos nos Espaços Públicos.

Os resultados da análise estatística dos dados parecem indicar que a variável independente **habilitações literárias** tem um efeito significativo nas variáveis dependentes **consequências da situação de doença para os familiares e/ou amigos**, **satisfação com a consulta médica** e **satisfação com as consultas médicas no geral**.

Para a variável dependente **consequências da situação de doença para os outros** (familiares e/ou amigos), foram encontrados resultados significativos do ponto de vista estatístico parecendo poder afirmar-se que o factor **habilitações literárias** dos indivíduos tem um efeito na variável dependente. A análise dos resultados sugere que os indivíduos com **habilitações literárias** mais elevadas (superiores ao bacharelato) referem maiores **consequências da situação de doença para os familiares e amigos** do que os sujeitos pertencentes aos outros grupos de **habilitação literária**.

Assim, os indivíduos que consideram que uma situação de doença poderia ter maiores **consequências na vida dos familiares e amigos** são os indivíduos com **habilitação literária superior ao Bacharelato**.

Para a variável dependente **satisfação com a consulta médica** os resultados da análise estatística parecem indicar que a **habilitação literária** dos indivíduos tem um efeito na variável dependente. Quanto à **habilitação literária**, parece poder dizer-se que, os detentores de grau igual à Licenciatura têm valores médios inferiores para o Centro de Saúde. O grupo formado pelos inquiridos nos Espaços Públicos apresentou valores médios inferiores aos restantes grupos de indivíduos, para

qualquer das habilitações consideradas. De um modo geral, nos restantes locais os valores médios da variável dependente foram similares entre os grupos de sujeitos.

Assim, parece poder afirmar-se que os sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos demonstram menores níveis de satisfação do que os restantes grupos de indivíduos e que no Centro de Saúde, os sujeitos com grau superior à Licenciatura são os mais insatisfeitos com as consultas médicas.

No que diz respeito à variável dependente **satisfação com as consultas médicas no geral**, os resultados da análise estatística parecem indicar que a variável independente habilitações literárias tem um efeito na variável dependente. De um modo geral, parece poder afirmar-se que os utentes com habilitação literária igual ao bacharelato ou Licenciatura, se encontram mais satisfeitos com as consultas médicas no Hospital. Os sujeitos que concluíram o 3º Ciclo mostraram-se mais satisfeitos com as Clínicas de Odontologia e no Centro de Saúde, o grupo mais satisfeito com as consultas médicas é o grupo de utentes analfabetos. Nos Espaços Públicos os sujeitos mais satisfeitos com as consultas médicas são o grupo de indivíduos com grau igual ao 2º Ciclo do Ensino Básico.

Os sujeitos menos satisfeitos no Centro de Saúde são os mestrados, pós-graduados ou doutorados, no Hospital os Analfabetos e os portadores do 1º Ciclo, nas Clínicas de Odontologia os que completaram o Ensino Secundário e nos Espaços Públicos os sujeitos que completaram o 1º Ciclo do Ensino Básico.

Os resultados da análise estatística dos dados parecem indicar que a variável independente idade tem um efeito nas variáveis dependentes *compliance* com os conselhos do profissional de saúde e satisfação com as consultas médicas no geral.

Para a variável dependente ***compliance* com os conselhos do profissional de saúde**, foram encontrados resultados significativos do ponto de vista estatístico parecendo poder afirmar-se que o factor idade dos indivíduos tem um efeito nesta variável dependente. A análise dos resultados sugere que o grupo de indivíduos com idade superior a 31 anos apresenta valores médios de *Compliance* mais elevados do que o grupo de idade com menos de 31 anos, em todos os locais de entrevista.

Os resultados acima apresentados parecem indicar que os indivíduos mais velhos (com idade superior ou igual a 31 anos) apresentam maior percepção de *compliance* com os conselhos médicos do que os sujeitos mais novos, com idade inferior a 30 anos.

No que diz respeito à variável dependente **satisfação com as consultas médicas no geral**, os resultados da análise estatística dos dados parecem indicar que a variável independente idade tem um efeito na variável dependente. De um modo geral, os resultados parecem indicar que, os sujeitos mais jovens (grupo de idade 10-30 anos) mostram uma maior insatisfação com as consultas médicas, em geral, nos três estabelecimentos de saúde: Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro e Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro. Os sujeitos mais velhos (idade igual ou superior a 51 anos) mostram-se mais insatisfeitos com as consultas médicas quando inquiridos nos Espaços Públicos.

Com o objectivo de verificar os factores que afectam as variáveis dependentes percepção de gravidade da doença e *compliance* foram aplicadas técnicas de regressão múltipla.

Os resultados obtidos parecem indicar que a percepção de gravidade da doença é afectada pelas consequências que os sujeitos consideram que uma doença sua teria na vida dos familiares e amigos e, também, pelo *compliance* dos inquiridos. Estes resultados parecem estar de acordo com Becker (1974), Becker e col. (1977), Becker e Rosenstock (1984) cit. por Ogden (1999). De acordo com estes autores a adesão às recomendações médicas ou de saúde, está relacionada com a percepção do indivíduo da sua susceptibilidade para um determinado problema de saúde, com a crença da gravidade do problema e com a percepção de que os benefícios da acção preventiva são superiores aos custos.

Além disso, parecem ainda indicar que um sintoma é considerado como mais sério e é mais provável a procura de um tratamento se afectar a mobilidade ou um órgão altamente valorizado (Eifert, Hodson, Tracey, Seville e Ganawardane, 1996 cit. por Taylor, 2003). Assim, os indivíduos consideram a gravidade do seu problema de saúde como superior quando as consequências para os familiares e amigos são superiores, uma vez que, estas estão relacionadas com a necessidade de maiores cuidados de saúde e maior dependência, por parte do paciente.

No que se refere à variável dependente *compliance*, esta parece ser influenciada pela gravidade da doença e, também, pela satisfação dos sujeitos com a consulta médica. Estes resultados parecem estar de acordo com Ley (1981, 1989, cit. por Curtis, 2000 e Ogden, 1999), que mostrou que o *compliance* de um indivíduo pode ser previsto por uma combinação da satisfação do paciente com a consulta

médica, compreensão da informação dada pelo profissional de saúde e recordação dessa informação.

Os principais motivos que levam com que os utentes recorram ao Hospital parecem ser a presença de sintomas de doença (febre, dores, vómitos, etc.), os resultados de exames médicos e questões de rotina.

Para o Centro de Saúde os motivos mais citados foram a presença de sintomas de doença (febre, dores, vómitos, etc.), os resultados de exames médicos, o facto do utente não se sentir bem ou não se sentir normal e questões de rotina.

Para as Clínicas de Odontologia os motivos mais citados foram a realização de um tratamento e por sentir dores.

Os resultados acima apresentados parecem estar de acordo com o referido por Duarte (2002). Segundo este autor, a consulta com o profissional de saúde é normalmente o resultado da percepção de um ou vários sintomas (dores, mal-estar, náuseas, vómitos, etc.) que afectam a vida do paciente. Segundo Taylor (2003), se um sintoma causar dor, leva um indivíduo a procurar mais rapidamente um tratamento do que se o sintoma não causar dor.

As principais causas da doença referidas pelos utentes do Hospital e do Centro de Saúde foram as preocupações pessoais e profissionais, as condições de trabalho e os aspectos relacionados com a genética ou com a hereditariedade.

As causas de doença apresentadas pelos indivíduos inquiridos no presente estudo parecem estar de acordo com Murray e McMillan (1993, cit. por Marks et al., 2000). Estes autores referem que os 700 pacientes padecendo de cancro, apontaram como causas possíveis para a sua doença os seguintes factores: *Stress* (que contem itens relacionados com o *stress*, preocupações, solidão, desemprego); Ambiente (incluindo itens como a poluição do ar, condições de trabalho, radiação nuclear, raios X e permiscuidade); Factores relacionados com a saúde (factores como antibióticos ou infecção viral) e Comportamento (ingerir comidas gordurosas, fumar, beber bebidas alcoólicas).

Como já foi referido anteriormente, os sujeitos inquiridos nos Espaços Públicos são os indivíduos que menor número de vezes aderem às recomendações médicas. Por este motivo, são os inquiridos que mais razões apresentam para a sua não adesão. Estes indivíduos dizem não cumprir a prescrição médica por esquecimento, por medo dos efeitos secundários do tratamento, por medo da

dependência do tratamento e por não sofrerem dos sintomas da doença diagnosticada pelo profissional de saúde.

Nos motivos apresentados por estes sujeitos podem identificar-se motivos relacionados com o paciente (esquecimento), com o regime de tratamento (medo dos efeitos secundários do tratamento e medo da dependência do tratamento) e com a relação entre o paciente e o profissional de saúde (não sofrer dos sintomas da doença diagnosticada pelo profissional de saúde).

É, no entanto, importante referir que para qualquer dos locais de entrevista o motivo mais apontado para o não cumprimento da prescrição médica foi o esquecimento por parte dos indivíduos.

O motivo mais apontado pelos indivíduos inquiridos para não consultarem com maior regularidade o médico odontologista são as razões económicas e, com menor importância, a falta de disponibilidade de tempo para o fazer, o medo e porque não considera necessário.

A odontologia é um serviço de saúde que não está disponível no Serviço Nacional de Saúde e, por esse motivo, os utentes têm que recorrer a um serviço privado que é, muitas vezes, dispendioso.

9.2. Limitações do Estudo e Sugestões para Futuras Investigações

O presente trabalho de investigação apresenta alguns pontos menos positivos e que se foram manifestando ao longo da concepção do trabalho quer de campo, quer escrito.

Talvez aquele que mais tenha sobressaído e que levantou alguns problemas no tratamento e codificação dos dados foi o facto dos questionários aplicados aos participantes no estudo não serem constituídos pelas mesmas questões.

Quando se elaboraram os questionários pensou-se que a aplicação de um único questionário poderia trazer problemas na validação dos dados, pelo facto de, se inquirirem indivíduos em estabelecimentos de saúde deferentes e não ser conveniente, nem possível, aplicar as mesmas questões em todos os locais de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos).

No entanto, a aplicação de questionários diferenciados levantou alguns problemas na análise estatística dos dados e acabou por limitar os testes a aplicar, pelo facto de, nem todos os questionários terem respostas para todos os itens. Assim, pensa-se que a elaboração de um questionário único poderia ter evitado alguns problemas e perdas de tempo no decorrer da análise estatística dos dados.

Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários revelaram dados muito interessantes, nomeadamente no que se refere ao efeito que o local de entrevista (Hospital Distrital de Faro, Centro de Saúde de Faro, Clínicas de Odontologia da Cidade de Faro e Espaços Públicos) parece ter nas variáveis consideradas no estudo. Parece interessante a realização de um estudo no âmbito da percepção que os indivíduos têm dos estabelecimentos de saúde considerados no estudo, de modo a descobrir-se quais são os factores que influenciam a percepção dos utentes do estabelecimento de saúde que frequentam.

Provavelmente os factores responsáveis pela percepção menos positiva do hospital são o facto deste estabelecimento ser um local associado a um internamento mais ou menos prolongado, um estabelecimento de saúde mais associado ao afastamento da família e dos amigos e, também, o facto de estar mais associado a doenças graves que podem provocar a morte ou envolver uma intervenção cirúrgica.

Alargar o estudo a outras localidades, nomeadamente a grandes centros urbanos, onde o acesso à cultura e à informação estão facilitados e comparar estes utentes, com utentes de zonas rurais onde o profissional de saúde ainda é considerado uma pessoa importante e altamente respeitada, talvez mostrasse dados interessantes.

Provavelmente novos dados seriam descobertos se o estudo fosse alargado a outros estabelecimentos de saúde, um hospital privado, para comparação com um hospital público, um consultório de clínica geral privado para comparação com os resultados obtidos no Centro de Saúde e, possivelmente alargar o estudo a outras consultas de especialidade, quer públicas e quer privadas.

Resumo

Os resultados obtidos através da análise estatística dos dados parecem indicar que o local onde decorre a entrevista tem um efeito nas variáveis dependentes estudadas na presente investigação. Assim, parece que o local onde os indivíduos são

inquiridos tem influência na sua experiência de doente e nas suas percepções de gravidade do estado de saúde, consequências da situação de doença para si mesmo, consequências da situação de doença para os familiares e amigos, *compliance* com os conselhos médicos ou de saúde, confiança no profissional de saúde, avaliação do estado de saúde, satisfação com a consulta médica e satisfação com as consultas médicas no geral.

O estudo parece, também, revelar que a percepção de gravidade da doença é influenciada pelo *compliance* dos sujeitos inquiridos e pelas consequências que a situação de doença tem para os familiares e amigos do utente. Já a variável *compliance* parece ser afectada não só pela gravidade da doença como, também, pela satisfação dos sujeitos com a consulta médica.

Os motivos que parecem levar os utentes a procurar os cuidados de saúde são a presença dos sintomas da doença, os resultados de exames médicos, o facto do utente não se sentir bem ou não se sentir normal e questões de rotina.

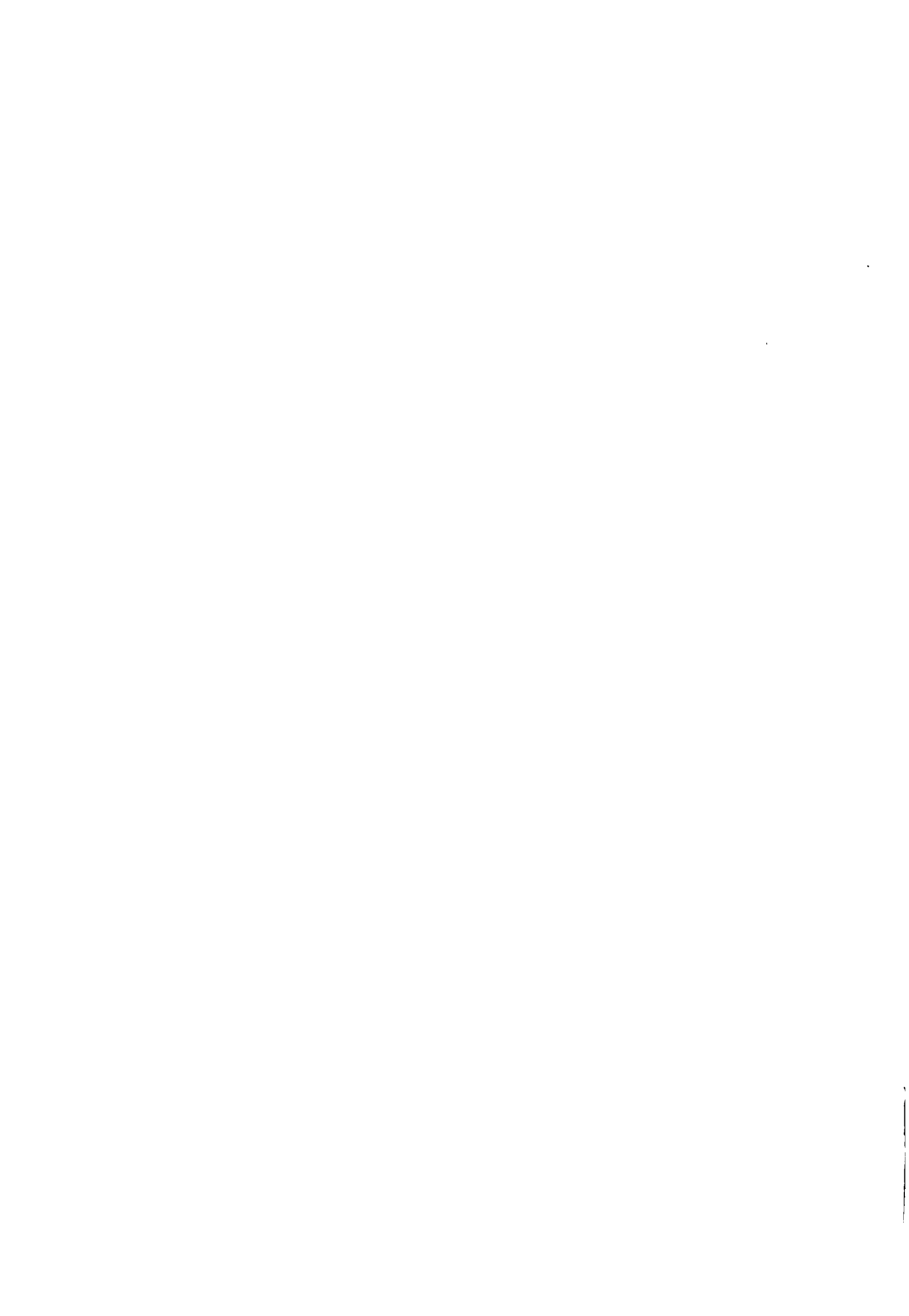
As principais causas de doença referidas pelos inquiridos são as preocupações profissionais, as condições de trabalho e os aspectos relacionados com a genética ou com a hereditariedade.

O estudo revelou que o motivo mais apontado para o não cumprimento da prescrição médica é o esquecimento por parte dos utentes de a cumprir, destacando-se o facto dos sujeitos não doentes serem o grupo de indivíduos que menor número de vezes cumpre a prescrição e o facto dos utentes do Hospital serem os indivíduos que maior número de vezes cumprem a prescrição médica.

Os resultados parecem indicar que os indivíduos inquiridos mostram maior *compliance* num contexto de consulta, uma vez que, este está “mascarado” pela situação de mal-estar dos utentes. Coloca-se a hipótese do *compliance* natural ser o referido pelos indivíduos não doentes e não o mostrado pelos doentes, necessitando estas conclusões de investigação.

O motivo mais apontado pelos indivíduos inquiridos para não consultar com maior regularidade o médico odontologista, são as razões económicas, provavelmente, associados ao facto desta ser uma especialidade não disponível no Serviço Nacional de Saúde.

BIBLIOGRAFIA



Referências Bibliográficas

- Aguiar, A. (2002). *Medicamentos que Realidade? Passado, Presente e Futuro*. [SI]: Sogapal. Com o apoio de: Grupo Jaba.
- Almeida, J. e Pinto, J. (1976). *A Investigação nas Ciências Sociais: Estudo Elaborado no Gabinete de Investigações Sociais*. Lisboa: Editorial Presença, LDA.
- Araújo, A.; Vaz, A.; Santos, C.; Santos, C.; Justo, C.; Ferro, D.; Serrão, D.; Alves, D.; Pina, E.; Natário, E.; Imperatori, E.; Cadoso, F.; Nogueira, F.; Matoso, F.; Carreira, H.; Guerreiro, I.; Matos, J.; Urbano, J.; Araújo, J.; Matos, J.; Varanda, J.; Ginia, J.; Antunes, J.; Biscuais, J.; Miguel, J.; Cabral, L.; Lança do Ó, L.; Lima, L.; Bentes, M.; Rocha, N.; Sousa, P.; Monteiro, R.; Alcaravela, S.; Verissimo, T.; Reis, V. (1998). *O Hospital Português*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. 180p.
- Ballone, GJ. (2001). *Da Emoção à Lesão*. In *Psiquweb Psiquiatria Geral*. Internet. 2001. Disponível em <http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/raiva.html>. Acedida em 14 de Dezembro de 2005.
- Bennett, P. e Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. Manuais Universitários.
- Boland, J. (1998). *O Conceito Biológico do Processo de Stress*. In Fontaine, O.; Kulbertus, H. ; Étienne, A.. *O Conceito Biológico do Processo de Stress: Stress e Cardiologia*. Lisboa: Climepsi Editores. Manuais Universitários.
- Boyle, G. e Joss-Reid, J. (2004). *Relationship of Humour to Health: A Psychometric Investigation*. *British Journal of Health Psychology*, 9 (1), 51-66. The British Psychological Society. Fevereiro 2004.
- Brewer, N.; Chapman, G.; Brownlee, S.; e Leventhal, E. (2002). *Cholesterol Control, Medication Adherence and Illness Cognition*. *British Journal of Health Psychology*, 7 (4), 433-447. The British Psychological Society. Novembro 2002.
- Cabral, M.; Silva, P.; Mendes, H. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

- Coutinho, A. (1980). Dicionário Enciclopédico da Medicina. (3ª Edição). Lisboa: Argo Editora.
- Covey, J. e Davies, A. (2004). Are People Unrealistically Optimistic? It Depends How You Ask Them. *British Journal of Health Psychology*, 9 (1), 39-48. The British Psychological Society. Fevereiro 2004.
- Creswell, J. (1994). *Research Design: Qualitative & Quantitative Approaches*. Sage Publications, Inc.
- Curtis, A. (2000). *Health Psychology*. [SI]: Routledge – Taylor & Francis Group.
- Déoux, P. e Déoux, S. (1996). *Ecologia é a Saúde: O Impacto da Deterioração do Ambiente na Saúde. Conhecer para Poder Agir Diariamente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- D' Hainaut, L. (1997). *Conceitos e Métodos da Estatística (volume I): Uma Variável a uma Dimensão*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Duarte, S. (2002). *Saberes de Saúde e de Doença: Porque Vão as Pessoas ao Médico*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Elzubier, A. G.; Husain, A. A.; Suleiman, I. A. e Hamid, Z. A. (2000). Drug Compliance Among Hypertensive Patients in Kassala, Eastern Sudan. Volume 6. Issue 1. pág. 100 – 105. Internet. Disponível em <http://www.emro.who.int/Publications/EMHJ/0601/13.htm>. Acedido a 30 de Março de 2006.
- Falconer, L.; (2002); *The Influences on Risk Perception*; Internet. 2002. Disponível em <http://www.ac.uk/dacs/risk/sample%20CD/sample%20CD/Risk%20Perception%20sample.pdf>. Universidade de Bath. Acedido a 9 de Setembro de 2003.
- Farquharson, L.; Noble, L.; Barker, C. e Behrens, R. (2004). Health Beliefs and Communication in Travel Clinic Consultation as Predictors of Adherence to Malaria Chemoprophylaxis. *British Journal of Health Psychology*, 9 (2), 201-217. The British Psychological Society. Maio 2004.

- Ferreira, V. (1986). Capítulo VII: O Inquérito por Questionário na Construção de Dados Sociológicos. In Silva, A. e Pinto, J. (Coord.). Metodologia das Ciências Sociais. 8ª Edição. Edições Afrontamento. (165 – 196).
- Gallar, M. (2001). Promoción de La Salud y Apoyo Psicológico al Paciente. (3ª Edição). Madrid: Thomson Editores.
- Garret, J. (2001). Fármacos e Medicamentos. In Osswald, W. e Guimarães, S. (Coord.). Terapêutica Medicamentosa e Suas Bases Farmacológicas: Manual de Farmacologia e Farmacoterapia. (4ª Edição). (PP 14 – 15). Porto: Porto Editora.
- Garret, J. e Monteiro, J. (2001). Ciclo Geral dos Medicamentos. In Osswald, W. e Guimarães, S. (Coord.). Terapêutica Medicamentosa e Suas Bases Farmacológicas: Manual de Farmacologia e Farmacoterapia. (4ª Edição). (PP 16 – 35). Porto: Porto Editora.
- Hakim, C. (2000). Research Design: Successful Designs for Social and Economic Research. 2ª Edição. Routledge – Taylor & Francis Group. London.
- Helder, D.; Kaptein, A.; Kempen, G.; Weinman, J.; Houwelingen, H. e Ross, R. (2002). Living with Huntington's Disease: Illness Perceptions, Coping Mechanisms, and Patients' Well-being. *British Journal of Health Psychology*, 7 (4), 449-462. The British Psychological Society. Novembro 2002.
- Hill, M. e Hill, A. (2002). Investigação por Questionário. (2ª edição). Lisboa: Edições Silabo, L.da.
- Hudspith, B. ; (s.d.) ; Risk Perception and Risk Acceptance: Implications for Nuclear Energy; Internet. Disponível em <http://engphys.mcmaster.ca/~garlandw/sner/acceptance.pdf>. Acedido a 30 de Março de 2006.
- Instituto Nacional de Estatística. (1998). Estatísticas da Saúde 1997. Lisboa: Autor.
- Johnson, B. (2001). Agency for Toxic Substances and Disease Registry. A Primer on Health Risk Communication Principles and Practices. In <http://www.atsdr.cdc.gov/HEC/primer.html#FACTORS>. Acedido a 11 de Agosto de 2005.

- Johnson, J.; Kincey, J.; Fiddler, M.; Creed, F. e Tomenson, B. (2004). Differences Between Out-patients With Physical Disease and Those With Medically Unexplained Symptoms With Respect to Patient Satisfaction, Emotional Distress and Illness Perception. *British Journal of Health Psychology*, 9 (4), 433-446. The British Psychological Society. Novembro 2004.
- Khattab, M. S.; Abolfotouh, M. A.; Khan, M.Y.; Humaidi, M. A.; AlKaldi, Y. M.; (1999).; Compliance and Control of Diabetes in a Family Practice Setting, Saudi Arabia. Volume 5. Issue 4. pág. 755 – 765. Internet. Disponível em <http://www.emro.who.int/Publications/EMHJ/0504/13.htm>. Acedido a 30 de Março de 2006.
- Klag, S. e Bradley, G. (2004). The Role of Hardiness in Stress and Illness: An Exploration of the Effect of Negative Affectivity and Gender. *British Journal of Health Psychology*, 9 (2), 137-161. The British Psychological Society. Maio 2004.
- Lexicoteca: Moderna Enciclopédia Universal (1987). Tomo VI (COM – DIN). p (262-263). [SI]: Círculo de Leitores.
- Lexicoteca: Moderna Enciclopédia Universal (1987). Tomo XIII (MAV – NEP). PP (14-188). [SI]: Círculo de Leitores.
- Lexicoteca: Moderna Enciclopédia Universal (1987). Tomo XIV (NER – PER). pp (91-213). [SI]: Círculo de Leitores.
- Lexicoteca: Moderna Enciclopédia Universal (1987). Tomo XV (PES - REA). p (179-250). [SI]: Círculo de Leitores.
- Madureira, C. e Rocha, C. (2002). As Diferentes Faces da Razão (II). Risco, Ciência e Peritos. [Editorial]. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 64, Dezembro 2002: 81 – 106.
- Marks, D.; Murray, M.; Evans, B.; Willig, C. (2000). *Health Psychology*. [SI]: Sage Publications, L.da.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Edições Silabo. 487.

- Maroco, J. e Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- McKeown, T. (1988). *As Origens da Doença Humana*. Biblioteca da Saúde. Lisboa : Editorial Caminho.
- Ministério da Saúde. (2001). *Elementos Estatísticos – Saúde 1998*. (2ª Edição). Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Mucchielli, R. (1979). *O Questionário na Pesquisa Psicossocial*. S. Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, Ltda.
- Músico, A. (2004, 17 de Setembro). Dentes de Luxo. *Jornal Tal & Qual*. p 12.
- Mycek, M.; Harvey, R. e Champe, P. (2002). *Farmacologia Ilustrada*. (2ª edição). Porto Alegre: Artmed Editora, S.A.
- Nadig, L. (1999). *Stress: A Health and Relationship Killer*. Internet. 1999. Disponível em <http://www.drnadig.com/stress.htm>. Acedido a 11 de Agosto de 2005
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. Manuais Universitários.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. Who Cataloguing-in-Publication Data. Internet. 2003. Disponível em http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf. Acedido a 10 de Agosto de 2005.
- Page, C.; Curtis, M.; Sutter, M., Walker, M. E Hoffman, B. (1999). *Farmacologia Integrada*. S. Paulo: Editora Manole, Ltda.
- Palma-Oliveira, J. (1992). *Stress Ambiental: Ponto da Situação e Modelo Explicativo [Editorial]*. *Revista Portuguesa de Psicologia*, n.º 28, 13 - 76.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais*. Lisboa: Edições Silabo.

- Pfizer, Inc. (2003). Clear Health Communication Initiative Pfizer. What is Health Literacy? ...Scope and Impact. Internet. 2003. Disponível em <http://www.pfizerhealthliteracy.com/whatis.html>. Acedido a 10 de Agosto de 2005.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1992). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva, Publicações. L.da.
- Rang, H.; Dale, M. e Ritter, J. (2001). Farmacologia. (4ª edição). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, S.A.
- Richard, D. e Senon, J. (1996). O Medicamento. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sebastiani, R. (1998). Aspectos Emocionais e Psicofisiológicos nas Situações de Emergência no Hospital Geral. In Angerami-Camon, V.; Coppe, A.; Andrade, C.; Alberto, E.; Miranda, E.; Chiattoni, H.; Gandra, M.; Bartilotti, M.; Sebastiani, R. Urgências Psicológicas no Hospital. (PP 9 – 30). São Paulo: Thomson Pioneira.
- Spine. (2000). Spine – An International Journal for the Study of Spine, 2005. Spine. 25 (24): 3200-3202, Dezembro 2000. Lippincott Williams & Wilkins. Internet. 2000. Disponível em www.spinejournal.com/pt/re/spine/fulltext.00007632-200012150-0016.htm. Acedido em 15 de Dezembro de 2005.
- Starr, G.; Langley, A. e Taylor, A. (2000). Environmental Health Risk Perception in Australia: A Research Report to the Commonwealth Department of Health and Age Care. Centre for population studies in epidemiology south australian department of human service. Internet. 2000. Disponível em [http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-publth-publicat-document-metadata-enrisk.htm-copy3/\\$FILE/enrisk.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-publth-publicat-document-metadata-enrisk.htm-copy3/$FILE/enrisk.pdf). Acedido a 11 de Agosto de 2005.
- Taylor, S. (2003). Health Psychology. (5ª edição). Londres: McGraw – Hill Higher Education.
- Teixeira, J. (2000). Problemas de Comunicação em saúde e suas consequências. In Trindade, I. e Teixeira, J. Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários. (PP 107-111). Lisboa: Climepsi Editores. Manuais Universitários.

Vertinsky, I. e Wehrung, D. (1989). Risk Perception and Drug Safety Evaluation. Internet. Disponível em <http://www.piercelaw.edu/Risk/Vol2/fall/Vertinsk.htm>. Acedido a 30 de Março de 2006.

Whitmarsh, A.; Koutantji, M. e Sidell, K. (2003). Illness Perceptions, Mood and Coping in Predicting Attendance at Cardiac Rehabilitation. *British Journal of Health Psychology*, 8 (2), 209-221. The British Psychological Society. Maio 2003.

Bibliografia Complementar

Braunwald, E. ; Fauci, A.; Kasper, D.; Hauser, S.; Longo, D.; Jameson, J. (2003). *Harrison Manual de Medicina*. (15ª Edição). Lisboa: McGrawHill.

Clyne, M. (1998). *O Diagnóstico. Seis Minutos para o Paciente: Interações na Consulta de Clínica Geral*. (2ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Fischer, G. (1994). *Psicologia Social do Ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget.

Ghiglione, R. e Matalon, B. (1997). *O Inquérito: Teoria e Prática*. (3ª edição). Oeiras: Celta Editores.

Lexicoteca: *Moderna Enciclopédia Universal* (1987). Tomo II (ANA - AVE). p (171). [SI]: Círculo de Leitores.

Lexicoteca: *Moderna Enciclopédia Universal* (1987). Tomo III (AVE – BOS). PP (44 - 45). [SI]: Círculo de Leitores.

Lexicoteca: *Moderna Enciclopédia Universal* (1987). Tomo V (CAS – CON). p (56). [SI]: Círculo de Leitores.

Lexicoteca: *Moderna Enciclopédia Universal* (1987). Tomo VII (DIN – EST). PP (40 - 161). [SI]: Círculo de Leitores.

Lexicoteca: *Moderna Enciclopédia Universal* (1987). Tomo X (HAM - ISH). PP (46 - 214). [SI]: Círculo de Leitores.

- Lexicoteca: Moderna Enciclopédia Universal (1987). Tomo XI (ISI - LHO). p (19). [SI]: Círculo de Leitores.
- Lexicoteca: Moderna Enciclopédia Universal (1987). Tomo XVII (SEX- TRA). PP (79 - 189). [SI]: Círculo de Leitores.
- Lexicoteca: Moderna Enciclopédia Universal (1987). Tomo XVIII (TRA - ZYR). p (38 - 195). [SI]: Círculo de Leitores.
- Machado, J. (Coor.). (1991). Grande Dicionário da Língua Portuguesa. Sociedade da Língua Portuguesa. Vol. I (A - CARL). PP (40 - 552). Lisboa: Publicações Alfa, S. A. Edição para o Círculo de Leitores.
- Machado, J. (Coor.). (1991). Grande Dicionário da Língua Portuguesa. Sociedade da Língua Portuguesa. Vol. II (CARL - EXAN). PP (147 - 695). Lisboa: Publicações Alfa, S. A. Edição para o Círculo de Leitores.
- Machado, J. (Coor.). (1991). Grande Dicionário da Língua Portuguesa. Sociedade da Língua Portuguesa. Vol. III (EXAN - MALV). PP (313 - 573). Lisboa: Publicações Alfa, S. A. Edição para o Círculo de Leitores.
- Machado, J. (Coor.). (1991). Grande Dicionário da Língua Portuguesa. Sociedade da Língua Portuguesa. Vol. IV (MAMA - PERI). p (312). Lisboa: Publicações Alfa, S. A. Edição para o Círculo de Leitores.
- Machado, J. (Coor.). (1991). Grande Dicionário da Língua Portuguesa. Sociedade da Língua Portuguesa. Vol. V (PERI - SEGR). p (8). Lisboa: Publicações Alfa, S. A. Edição para o Círculo de Leitores.
- Machado, J. (Coor.). (1991). Grande Dicionário da Língua Portuguesa. Sociedade da Língua Portuguesa. Vol. VI (SEGR - ZZZ). PP (490 - 513). Lisboa: Publicações Alfa, S. A. Edição para o Círculo de Leitores.
- Organização Mundial de Saúde. "Regional Office" para a Europa. (1995). Declaração para a Promoção dos Direitos dos Doentes na Europa: Consulta Europeia dos Direitos dos Doentes. Amsterdão, 28 a 30 de Março de 1994. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.

**GLOSSÁRIO DE TERMOS E
ABREVIATURAS**

Glossário de Termos e Abreviaturas

Absentismo – Falta de assiduidade.

Adesão – O grau em que o comportamento do paciente, em termos de tomar a medicação, seguir um regime dietético ou outras mudanças no estilo de vida, coincide com o conselho médico ou de saúde.

Alopatia – Técnica terapêutica que cura as doenças por criação de estados incompatíveis com a doença que se pretende tratar.

Ambulatório – Espécie de enfermaria fixa, comumente sem leitos, onde se fazem curativos, primeiros socorros e pequenas cirurgias.

Ansiedade – Caracterizada por ansiedade persistente, grave ou sensação de medo na ausência de psicose ou de alteração marcada do humor. É a doença psiquiátrica mais prevalente na comunidade, presente em 15 a 20% dos doentes da clínica médica. Caracteriza-se por ataques de pânico, constituídos por paroxismos de terror e apreensão avassaladores, súbitos, inesperados, associados com múltiplos sintomas somáticos. Em geral, os ataques duram cerca de 10 a 20 minutos, resolvendo-se depois, por si mesmos, lentamente.

Antibióticos – Medicamentos que aproveitam o fenómeno de antibiose. São medicamentos que eliminam os microorganismos.

Anticancerígenos – Medicamentos que combatem o cancro.

Antidepressivos – Medicamentos que combatem a depressão.

Anti-hipertensores – Medicamentos que combatem a hipertensão arterial.

Anti – inflamatórios – Medicamentos que evitam a inflamação.

Antiulcerosos – Medicamentos que combatem a perda da substância de maior ou menor profundidade na pele e nas mucosas.

Artrite – Inflamação das articulações por agentes patogénicos ou pelas suas toxinas e ainda por outras vias, geralmente acompanhada de derrame articular. O reumatismo, a gonorreia, a escarlatina e a tuberculose dão, com frequência, origem a diversos tipos de artrite.

Asma – Responsividade aumentada das vias respiratórias inferiores, a diversos estímulos; episódica e com obstrução reversível; a sua gravidade varia entre ligeira sem limitação da actividade do doente, até grave e com risco de vida. Uma obstrução grave que persiste durante dias ou semanas é conhecida como estado de mal asmático.

Assintomático – Que não tem ou não revela sintomas.

Automedicação – Consiste no consumo de medicamentos, “remédios caseiros”, ervas e mezinhas por iniciativa própria ou por recomendação de um terceiro, sem auscultar previamente a opinião de um médico.

Bactérias – Grupo de microorganismos procariontes unicelulares. Uma bactéria típica é constituída por citoplasma com material nuclear disperso, não organizado sob a forma de um núcleo estável e uma cobertura constituída por membrana celular, parede celular e cápsula; exteriormente a esta última existem cílios ou flagelos. Estes organismos multiplicam-se por divisão binária simples. Podem ser responsáveis por doenças no ser humano e nos animais.

BPF – Boas práticas de fabrico.

Conjunto de regras reconhecidas emanando do Conselho da Europa e que formalizam o fabrico dos medicamentos.

Cancro – É uma doença provocada por um conjunto de células anormais que crescem malignamente, à custa de células normais do organismo, que sofreram mutações génicas ou cromossómicas no seu material genético.

Célula – É a mais pequena unidade dotada de vida, o constituinte fundamental de todos os seres vivos. Nos seres unicelulares, uma célula realiza todas as funções vitais, enquanto nos seres pluricelulares, células diferenciadas estrutural e funcionalmente associam-se formando tecidos, de modo a diferenciarem a repartição do trabalho.

Células cancerígenas – São células que apresentam informação genética diferente das restantes células do organismo. Aparecem em resultado de mutações génicas ou cromossómicas que ocorrem no material genético das células.

Centro de Saúde – Estabelecimento público de saúde, prestador de cuidados de saúde primários, que tem em vista a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se globalmente a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade.

Clínica de Odontologia – Estabelecimento de saúde, privado, prestador de cuidados de saúde orais, que tem em vista a promoção da saúde oral, dirigindo-se a sua acção ao estudo dos dentes, da sua higiene, das suas afecções e da terapêutica.

Compliance – O mesmo que adesão.

Controlo – Crença que se tem à disposição uma resposta que pode influenciar a negatividade de um dado estímulo.

Coping – Capacidade para lidar com uma situação adversa.

Deficiências imunológicas – Falhas no sistema imunitário do organismo.

Dentista – Indivíduo com formação superior em odontologia que se ocupa das doenças dos dentes, boca e maxilares. Além das doenças dentárias propriamente ditas fazem parte do campo da odontologia as malformações dentárias e maxilares.

Depressão – Afecta 15% da população geral em algum momento da vida e origina alto grau de incapacidade e um custo social elevado. O diagnóstico é feito quando existe um estado de humor deprimido/irritável ou falta do normal interesse/prazer com a duração mínima de duas semanas em combinação com quatro ou mais dos seguintes sintomas: 1) alteração do apetite e do peso; 2) insónia ou hipersónia; 3) fadiga ou perda de energia; 4) agitação ou lentificação psicomotora; 5) sentimentos de desvalorização, autocensura ou culpa; 6) diminuição da capacidade de concentração ou de tomar decisões; 7) pensamentos decorrentes acerca da morte ou do suicídio.

Diabetes – A diabetes *mellitus* abrange um grupo de afecções metabólicas que compartilham o fenótipo comum de hiperglicémia. Actualmente, a diabetes *mellitus* é classificada com base no processo patogénico que leva à hiperglicémia. Nessa classificação os termos diabetes *mellitus* tipo 1 e tipo 2 substituíram os termos diabetes *mellitus* insulino dependente e diabetes *mellitus* não insulino dependente, respectivamente. A diabetes *mellitus* tipo 1 caracteriza-se pela insuficiência de insulina e tendência a desenvolver cetose, enquanto que a diabetes *mellitus* tipo 2 é um grupo heterogéneo de afecções caracterizadas por graus variáveis de resistência à insulina, insuficiente secreção de insulina e produção de glucose aumentada.

Diagnóstico – Conjunto de sinais ou sintomas que habitualmente se associam a uma doença e que deverão ser reconhecidos pelo médico.

DNA – Ácido desoxiribonucléico.

É o constituinte dos núcleos celulares dos cromossomas sob a forma de nucleoproteínas. Condiciona a transmissão dos genes.

Doença – É uma evolução anómala dos processos vitais como resposta (reacção) do organismo a influências que lhe são prejudiciais. Na doença os fenómenos vitais desenvolvem-se dentro dos limites possíveis de adaptação do organismo. A doença pode ser provocada por agentes etiológicos vivos ou não, externos ou internos. As reacções do organismo servem, em parte, para combater a acção prejudicial do agente e tentar eliminá-la, produzindo os sintomas. Quando a reacção é exagerada, torna-se, também ela, prejudicial.

Doença Aguda – É uma doença que se estabelece subitamente e que tem uma evolução rápida. Esta afecção dura pouco tempo, um a dois meses no máximo.

Doença Cardiovascular – É uma doença que afecta, no todo ou em parte, o sistema cardiovascular.

Doença Coronária – Aporte sanguíneo insuficiente pelos vasos coronários (coronárias) de que resulta a falta de oxigenação do miocárdio. É uma sequela da esclerose coronária ou de um espasmo vascular (espasmo das coronárias). A insuficiência coronária crónica dá origem à angina de peito e, nos casos agudos, ao enfarte do miocárdio.

Doença Crónica – É uma doença que se mantém durante muito tempo, evoluindo lentamente. É uma doença com as seguintes características: é permanente, leva a incapacidades residuais, é causada por alterações patológicas não reversíveis, requer treino especial por parte do médico para a reabilitação do paciente ou espera-se que requeira um longo período de supervisão, de observação ou de cuidados de saúde.

Doença Infecciosa – Doença que se deve à penetração de agentes patogénicos no organismo. Pode produzir-se por contacto directo (infecção por contacto), pela boca (infecção pela alimentação ou ingestão de substâncias infectadas), por inalação (infecção por inalação, infecção por gotículas de saliva), por picada de insecto ou através de feridas (infecção da ferida). Chama-se contágio à transmissão directa dos agentes infecciosos responsáveis pela infecção.

Doença Isquémica do Coração – É uma doença que envolve a supressão da circulação arterial no coração.

Doença Não Transmissível – É uma doença que não é contagiosa, ou seja, em que não há transmissão dos agentes responsáveis pela doença.

Doença Transmissível – É uma doença contagiosa, ou seja, em que há transmissão dos agentes infecciosos responsáveis pela doença.

Efeito Secundário – Acção indesejada de um medicamento no organismo humano ou animal.

Efeito Terapêutico – Acção dos medicamentos que tem em vista a cura das doenças no organismo humano ou animal.

Egocentrismo – Tendência exagerada de uma pessoa para considerar tudo sob o seu ponto de vista.

Enzima – É cada um dos catalisadores proteicos cuja acção torna possível o conjunto de transformações químicas (metabolismo) que se dá no interior do organismo. Estes catalisadores biológicos diferem dos não biológicos pela sua grande especificidade: quase cada reacção que se dá nas células de um organismo é catalisada por uma enzima específica.

Estabelecimento de Saúde – É um serviço ou conjunto de serviços prestadores de cuidados de saúde, dotados de direcção técnica e de administração e instalações próprias.

Estímulo indutor de *stress* – Acontecimento ambiental ou representação psicológica do mesmo que pode vir a ser percebido como ameaçador.

Etiologia – Ramo da medicina que estuda as causas das doenças.

Farmacêutico – Indivíduo com formação superior em ciências farmacêuticas e que se dedica à preparação e/ou venda de medicamentos.

Farmácia familiar – Conjunto de medicamentos não sujeitos a receita médica e de especialidades medicamentosas que são guardados no armário de farmácia da família para uma situação de emergência.

Fármaco – Substância activa dos medicamentos.

Farmacocinética – Ciência que se ocupa da avaliação quantitativa e qualitativa da evolução do medicamento no organismo.

Farmacodependência – Dependência física ou psicológica de uma substância activa de um medicamento. Depende da natureza do tratamento, da dose a tomar e da duração do tratamento.

Farmacologia – Ciência que trata dos fármacos e das alterações e processos desencadeados pela sua acção química sobre o organismo vivo.

Hipertensão Arterial – Elevação crónica da tensão arterial, superior a 149/90. A etiologia é desconhecida em 90 a 95% dos doentes (“hipertensão essencial”).

Homeopatia – Sistema curativo que aplica às doenças, em doses mínimas, as mesmas substâncias que em maiores quantidades produziriam, no Homem saudável, sintomas iguais ou semelhantes aos que se procura combater.

Hormona – Substância segregada por órgãos especiais e que exerce, normalmente, acções de correlação entre os órgãos.

Hospital – Estabelecimento de saúde público ou privado, com serviços diferenciados, constituído por meios tecnológicos e humanos, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório.

Humor – Visão positiva dos acontecimentos relacionados com o estado de saúde do indivíduo.

Impotência aprendida – Ocorre quando um indivíduo não tenta controlar uma situação, quando o controlo é possível, pelo facto de não ter tido possibilidade de controlo original sobre essa mesma situação.

Infecções Virais – São infecções produzidas pela penetração de vírus no organismo.

Internamento – Situação de um indivíduo (doente, inválido, indigente) em estabelecimentos especiais (hospitais, asilos, etc.) nos quais vive por um prazo mais ou menos longo.

Leigo – É todo o indivíduo que não tem conhecimento sobre um determinado assunto ou tema.

Mecanismos Homeostáticos – É o conjunto de mecanismos reguladores do equilíbrio corporal no que se refere aos seus constituintes fisiológicos e ao metabolismo.

Medicamento – Qualquer substância ou composição com propriedades curativas ou preventivas em relação à doença humana ou animal. É uma substância que, sendo utilizada no homem ou em animais, tenha em vista o estabelecimento de um diagnóstico médico ou possua a propriedade de restaurar, corrigir ou alterar funções orgânicas.

Médico – Indivíduo com formação superior em medicina. Pode dedicar-se à medicina geral ou especializar-se num determinado campo.

Membrana Celular – Membrana que limita exteriormente o hialoplasma e, nas células animais, separa o meio extracelular do meio intracelular.

Metabolismo – Conjunto das transformações químicas sofridas pelos alimentos ou outras substâncias, consideradas sob os dois pontos de vista, material e energético, desde que eles são ingeridos até à expulsão das matérias correspondentes. O metabolismo decorre com a colaboração de enzimas através de uma cadeia de produtos intermédios.

Mezinha – Corresponde a remédios caseiros, tratamentos ou crenças que se consideram responsáveis pela cura das doenças sem recurso a um profissional de saúde.

Miasmas – Princípios desconhecidos que se supunha provocarem determinadas doenças.

Microorganismo – Organismo unicelular de dimensões microscópicas. Segundo a estrutura celular, diferenciam-se em algas, fungos e protozoários, que têm um núcleo definido, e em bactérias que não apresentam núcleo definido. Por vezes incluem-se, também, os vírus, se bem que não possuam estrutura celular. Uma característica comum a todos eles é a escassa diferenciação estrutural, embora possuam uma grande capacidade de reacção química. Muitos são agentes causais de doenças no homem, nos animais e nas plantas.

Morbilidade – Relação entre o número de casos de enfermidade e o número de habitantes, em dado lugar e momento, ou relação entre sãos e doentes.

Mortalidade – Relação existente, num dado período de tempo, entre a população de um espaço e o número de mortes que ocorrem dentro dele. Normalmente expressa-se em permilagem e para o período de um ano.

Não Adesão Criativa – Modificação ou suplemento de um regime de tratamento prescrito por um profissional de saúde.

Neoplasia – Crescimento à custa de um tecido preexistente independentemente das necessidades do organismo sem utilidade para este, mas, pelo contrário, actuando em sentido deletério.

Neurose – Reacção anormal de vivência, tipo de “distúrbio do equilíbrio psíquico”, que, sendo causado pela situação e pelo meio ambiente, se compõe de uma elaboração patológica de vivências anímicas e dá lugar a um estado de perturbação prolongada, em parte físico (neurose orgânica), em parte psíquico (neurose psíquica), de personalidade ou em conjunto.

Nutrientes – Substâncias orgânicas ou inorgânicas de funções variadas e que constituem os alimentos.

Odontologia – Estudo dos dentes, da sua higiene, das suas afecções e da respectiva terapêutica. É o conjunto de ciências que se estuda para exercer a profissão de cirurgia - dentista.

Oligoelemento – Substância química elementar, indispensável à vida como catalisador ou estimulante das funções fisiológicas no organismo vivo.

OMS – Organização Mundial de Saúde

Organização Internacional das Nações Unidas (ONU), fundada em 1948, em Genebra, que se ocupa das questões de política sanitária, partindo do âmbito das organizações sanitárias nacionais, com o objectivo de proporcionar o melhor estado sanitário a todos os povos.

Optimismo irrealista – Consiste na adopção de comportamentos prejudiciais para a saúde devido a percepções de risco e de susceptibilidade erradas.

Organismo – Ser vivo cujas partes componentes (órgãos) podem realizar funções distintas e coordenadas.

Órgão – É um conjunto de tecidos reunidos numa unidade funcional.

Paciente – Indivíduo que padece de uma doença física ou mental e que procura os cuidados de saúde médicos.

Parasita – Organismo animal ou vegetal que vive na dependência de outro organismo chamado hospedeiro. Os parasitas podem ser temporários ou permanentes, consoante o tempo que estão em contacto com o seu hospedeiro. A invasão parasitária pode ter efeitos insignificantes para o hospedeiro ou pode mesmo produzir danos permanentes sobre alguns órgãos essenciais à vida do organismo, podendo, inclusivamente, provocar a morte do hospedeiro.

Patologia – Modificação originada por uma doença nos tecidos e órgãos.

Percepção de Risco – Opinião que cada indivíduo têm sobre o risco, considerando a probabilidade de um determinado acontecimento ocorrer e a seriedade das consequências que lhe estão associadas.

Perito – É todo o indivíduo que, pela prática, adquiriu vastos conhecimentos num ou em diversos assuntos ou temas.

Placebo – Substância inerte, com a aparência de medicamento, mas sem acção farmacológica.

Predador – Animal que mata outros para se alimentar. Os predadores são, em geral, muito rápidos e, na maior parte dos casos, maiores do que as presas. A forma de vida dos predadores é do tipo caçador. Alguns caçam de espera e outros utilizam armadilhas.

Prescrição – Acto de exclusiva responsabilidade médica que consiste em indicar ao doente, ou a quem cuida dele, o(s) fármaco(s) mais apropriado(s) para o fim terapêutico em vista, seja prevenir, corrigir ou curar doenças de que o paciente é portador.

Princípio Activo – Substância constituinte do medicamento que tem actividade terapêutica (fármaco).

Profissional de Saúde – É todo o indivíduo que está especializado, por formação académica, num domínio da saúde.

Prognóstico – Previsão de uma doença ou afecção.

Proteínas – Moléculas formadas por aminoácidos que são constituintes do protoplasma de todas as células. São constituídas por átomos de carbono, hidrogénio, oxigénio, azoto e, geralmente, enxofre.

Reacção Catabólica – Uma das reacções do metabolismo e que consiste na transformação dos materiais assimilados pelo organismo em energia.

Reacção Idiosincrática – Reacção de hipersensibilidade constitucional congénita que apresentam certos indivíduos frente a determinadas substâncias.

Respiração – Processo geral de troca de gases que ocorre nos organismos vivos e cujo objectivo é a obtenção de energia.

Resposta Endocrinológica – Resposta que consiste na libertação para a corrente sanguínea de substâncias produzidas pelas glândulas endócrinas.

Risco – É a possibilidade de ocorrer um factor adverso para a saúde humana, qualidade de vida ou qualidade do ambiente.

RNA – Ácido ribonucléico.

É o constituinte do citoplasma da célula, este ácido nucleico é constituído por poliribonucleótidos, em regra, em cadeia simples. A sua quantidade na célula é variável.

Saúde – Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

SGA – Síndrome Geral de Adaptação. Constitui um conjunto de reacções não específicas desencadeadas quando o organismo é exposto a um estímulo ameaçador à manutenção da homeostasia. Segundo Selye (1959), essa manifestação constitui-se de três fases: Reacção de Alarme, Fase de Resistência e Fase de Exaustão ou de Esgotamento.

Sintoma – O que o doente explica ao médico. Tem grande conotação subjectiva; depende de como cada doente o sente (uma dor de dentes; falta de ar, etc.).

Sistema Cardiovascular – Conjunto de órgãos que permitem a circulação do sangue por todo o organismo, realizando a troca de substâncias entre as células que constituem o organismo e o meio interno.

Sistema Endócrino – Conjunto de glândulas endócrinas do organismo. As glândulas endócrinas necessitam de um canal excretor e libertam as hormonas por elas produzidas na corrente circulatória.

Sistema Imunitário – Conjunto de órgãos que permitem ao organismo reconhecer substâncias estranhas, neutralizá-las e eliminá-las.

SNS – Serviço Nacional de Saúde.

Stress – É uma experiência emocional negativa acompanhada por mudanças bioquímicas, fisiológicas e comportamentais que são direccionadas para alterar o acontecimento *stressor* ou acomodar-se aos seus efeitos.

Tecido – Conjunto de células, fibras e produtos que formam um conjunto estrutural do corpo humano ou animal. Este conjunto de células realiza uma função determinada dentro de um organismo.

Tumor Maligno – Caracteriza-se por uma imaturidade celular, ou mesmo indiferenciação e crescimento ilimitado, com invasão e destruição do tecido circundante.

Utente – Indivíduo que procura cuidados de saúde em estabelecimentos de saúde públicos ou privados.

Via Parenteral – Introdução de um medicamento no organismo evitando o tubo gastrointestinal. Pode ser feito por injeção da substância sob a pele, na musculatura e na corrente sanguínea (intravenosa).

Vírus – Microorganismo de tamanho muito pequeno constituído por proteínas e que para viver necessita de estar no interior de outro organismo, quer seja animal ou vegetal, ou inclusive, bactérias (fagos). Os vírus não possuem um metabolismo próprio, pelo que, para se multiplicarem, têm de encontrar-se dentro de uma célula utilizando, então, a maquinaria fisiológica desta.

Vitaminas – Designação genérica de um grupo de substâncias orgânicas que não têm valor nutritivo calórico, mas cuja presença é essencial à manutenção de todos os processos vitais. As vitaminas desenvolvem a sua acção em estreita interacção com as enzimas e as hormonas, das quais se diferenciam pelo facto de não poderem ser biossintetizadas nem no corpo dos seres humanos e nem no dos animais, pelo que o organismo necessita da sua administração, através da alimentação (componentes essenciais).

ANEXOS

Consentimento Informado dos Utentes

Serve o presente documento pedir a V. Exa. consentimento para participar num estudo. O questionário ao qual vai responder pretende recolher dados para um estudo relativo à gravidade da doença e ao cumprimento do tratamento prescrito pelo profissional de saúde. Este estudo insere-se no âmbito de uma Tese de Mestrado em Ecologia Humana que está a ser desenvolvida por uma aluna da Universidade de Évora.

A sua colaboração é muito importante.

O questionário é anónimo e a informação fornecida será tratada de forma confidencial. O relatório dos resultados da pesquisa o identificará.

Tem a liberdade de decidir participar ou não neste estudo. Desde já o informo de que a sua decisão de participação ou não participação no estudo não terá qualquer influência na consulta com o profissional de saúde.

Aceito participar no estudo em questão, sabendo que a minha decisão não me prejudicará nem afectará o normal funcionamento do Serviço de Saúde.

Não aceito participar no estudo em questão, sabendo que a minha decisão não me prejudicará nem afectará o normal funcionamento do Serviço de Saúde.

(Assinale com um **X** a escolha que fez e de seguida assine no espaço abaixo indicado)

O Utente: _____ (Assinatura)

A Responsável pelo Estudo: _____ (Assinatura)



Questionário ao Paciente Antes da Consulta com o Médico Dentista

O presente questionário pretende recolher dados para um estudo relativo à gravidade da doença e ao cumprimento do tratamento prescrito pelo profissional de saúde. Este estudo insere-se no âmbito de uma Tese de Mestrado em Ecologia Humana que está a ser desenvolvida por uma aluna da Universidade de Évora.

A sua colaboração é muito importante. O questionário é anónimo e a informação fornecida será tratada de forma confidencial. O relatório dos resultados da pesquisa não identificará os participantes.

Obrigada pela sua colaboração!

1. Quantas vezes consulta, por ano, em média, o seu médico dentista? (assinale com um X a opção correcta)

- Menos de uma vez por ano.
- Uma vez por ano.
- Duas vezes por ano.
- Três vezes por ano.
- Quatro ou mais vezes por ano.

2. Considera que consulta o seu médico dentista com a regularidade necessária? (assinale com um X a opção correcta)

- Sim Não

Se respondeu NÃO à questão anterior passe à questão 3. Se respondeu SIM passe à questão 5.

3. Na sua opinião, qual o número de consultas anuais que, em média, deveria frequentar? (assinale com um X a opção correcta)

- Menos de uma vez por ano.
- Uma vez por ano.
- Duas vezes por ano.
- Três vezes por ano.
- Quatro ou mais vezes por ano.

4. Por que motivo(s) não consulta com maior regularidade o seu médico dentista? (assinale com um X a(s) opção(ões) correcta(s))

- Por motivos económicos.
- Porque tenho medo.
- Porque não considero necessário.
- Por falta de disponibilidade.
- Outros. Quais? (escreva) _____

5. Por que motivos veio hoje ao médico dentista? (assinale com um X a(s) opção(ões) correcta(s))

- Porque tinha dores.
- Para uma consulta de rotina.
- Para realizar um tratamento.
- Para uma extracção dentária.
- Para colocar uma prótese dentária.
- Outros. Quais? (escreva) _____

6. Considera que o problema que o trouxe hoje ao dentista pode ser curado? (assinale com um X a opção correcta)

- Não, não pode ser curado (1)
- Dificilmente poderá ser curado (2)
- Pode ser curado (3)
- Pode ser curado facilmente (4)

7. Pensa que consegue controlar o problema que o trouxe hoje ao médico dentista? (assinale com um X a opção correcta)

- Não posso controlá-lo (1)
- Muito dificilmente conseguirei controlá-lo (2)
- Posso controlá-lo com algumas dificuldades (3)
- Posso controlá-lo facilmente (4)

8. Qual considera ser a frequência com que aparece um problema como o seu? (assinale com um X a opção correcta)
- Aparece raramente (1)
 É pouco frequente (2)
 É frequente (3)
 É muito frequente (4)
9. Qual considera ser a gravidade do problema que o trouxe ao médico? (assinale com um X a opção correcta)
- Não é grave (1)
 É pouco grave (2)
 É grave (3)
 É muito grave (4)
 É muitíssimo grave – envolve grandes riscos (5)
10. Em que medida se sente responsável pela sua saúde oral? (assinale com um X a opção correcta)
- Não sou responsável (1)
 Sou pouco responsável (2)
 Tenho parte da responsabilidade (3)
 Tenho muita responsabilidade (4)
 Sou completamente responsável (5)
11. Classifique as frases, de **Nunca (1)** a **Sempre (5)**, que correspondem aos seus comportamentos quando está a cumprir um tratamento prescrito pelo médico dentista (assinale com um X a opção correcta para cada uma das afirmações)
- 11.1. Faço o tratamento de forma correcta, nos horários e vezes recomendados pelo médico.
 Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)
- 11.2. paro a medicação ou o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer.
 Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)
- 11.3. paro a medicação ou o tratamento quando me sinto melhor.
 Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)
- 11.4. paro a medicação ou o tratamento quando sinto que me está a fazer mal a outra coisa.
 Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)
12. Costuma cumprir o tratamento prescrito pelo médico dentista nos horários e vezes recomendados e até ao final? (assinale com um X a opção correcta)
- Cumpro Sempre (5)
 Cumpro Muitas vezes (4)
 Cumpro Às vezes (3)
 Raramente Cumpro (2)
 Nunca Cumpro (1)
13. Quando **NÃO** cumpre a prescrição do seu médico dentista é porque: (assinale com um X a opção correcta)
- Não tem possibilidade financeira para cumprir o tratamento prescrito.
 Não sofre dos sintomas da doença diagnosticada pelo médico.
 Tem medo que o tratamento lhe faça mal a outra coisa.
 Tem medo de ficar dependente do tratamento.
 Se esquece de cumprir o tratamento prescrito.
 Outro. Qual? (escreva) _____

14. Classifique as frases, de **Nunca (1)** a **Sempre (5)**, que correspondem aos seus comportamentos quando está a cumprir um tratamento prescrito pelos outros médicos dos quais é paciente (assinale com um **X** a opção correcta para cada uma das afirmações)

14.1. Faço o tratamento de forma correcta, nos horários e vezes recomendados pelo médico.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

14.2. paro a medicação ou o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

14.3. paro a medicação ou o tratamento quando me sinto melhor.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

14.4. paro a medicação ou o tratamento quando sinto que me está a fazer mal a outra coisa.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

15. Costuma cumprir o tratamento prescrito pelos outros médicos dos quais é paciente, nos horários e vezes recomendados e até ao final? (assinale com um **X** a opção correcta)

- Cumpro Sempre (5)
- Cumpro Muitas vezes (4)
- Cumpro Às vezes (3)
- Raramente Cumpro (2)
- Nunca Cumpro (1)

16. Utiliza com mais frequência estabelecimentos de saúde: (assinale com um **X** a opção correcta)

Públicos Privados

17. Tem confiança no(s) médico(s) do(s) qual(ais) é paciente? (assinale com um **X** a opção correcta)

- Não tenho confiança (1)
- Tenho pouca confiança (2)
- Tenho confiança (3)
- Tenho muita confiança (4)

18. Classifique o(s) estabelecimento(s) de saúde que frequenta: (assinale com um **X** a opção correcta)

- Muito mau(s) (1)
- Mau(s) (2)
- Razoável(eis) (3)
- Bom(s) (4)
- Muito bom(s) (5)

19. Classifique de **Nunca (1)** até **Sempre (5)** os seguintes aspectos das consultas médicas de odontologia que frequenta: (assinale com um **X** a opção correcta)

19.1. O meu médico fornece-me a informação necessária à compreensão do tratamento que prescreve e do meu estado de saúde.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

19.2. O meu médico encoraja-me a fazer perguntas.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

19.3. O meu médico demonstra interesse relativamente às minhas preocupações.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

19.4. Quando marco uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

20. Classifique de **Nunca (1)** até **Sempre (5)** os seguintes aspectos das consultas médicas em geral: (assinale com um X a opção correcta)

20.1. Os médicos fornecem a informação necessária à compreensão do tratamento e do estado de saúde.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

20.2. Os médicos encorajam os doentes a fazer perguntas.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

20.3. Os médicos demonstram interesse relativamente às preocupações dos utentes.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

20.4. Quando um utente marca uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

Dados Individuais:

21. Quantos anos tem? (escreva) _____ anos.

22. Sexo: (assinale com um X a opção correcta)

Masculino Feminino

23. Estado Civil: (assinale com um X a opção correcta)

Solteiro (a) Casado (a) União de facto Divorciado (a) Viúvo (a)

24. Habilitações literárias: (assinale com um X a opção correcta)

Nunca estudou
 4ª classe
 6º ano (antigo 2º ano)
 9º ano (antigo 5º ano)
 12º ano (antigo 7º ano)
 Bacharelato / Licenciatura
 Pós-graduação / Mestrado / Doutoramento

25. Tem residência fixa? (assinale com um X a opção correcta) Sim Não

25.1. Há quanto tempo mora na residência actual? (escreva) _____

Questionário ao Paciente Depois da Consulta com o Médico Dentista

O presente questionário pretende recolher dados para um estudo relativo à gravidade da doença e ao cumprimento do tratamento prescrito pelo profissional de saúde. Este estudo insere-se no âmbito de uma Tese de Mestrado em Ecologia Humana que está a ser desenvolvida por uma aluna da Universidade de Évora.

A sua colaboração é muito importante. O questionário é anónimo e a informação fornecida será tratada de forma confidencial. O relatório dos resultados da pesquisa não identificará os participantes.

Obrigada pela sua colaboração!

1. Quantas vezes consulta, por ano, em média, o seu médico dentista? (assinale com um X a opção correcta)

- Menos de uma vez por ano.
- Uma vez por ano.
- Duas vezes por ano.
- Três vezes por ano.
- Quatro ou mais vezes por ano.

2. Considera que consulta o seu médico dentista com a regularidade necessária? (assinale com um X a opção correcta)

- Sim Não

Se respondeu **NÃO** à questão anterior passe à questão 3. Se respondeu **SIM** passe à questão 5.

3. Na sua opinião, qual o número de consultas anuais que, em média, deveria frequentar? (assinale com um X a opção correcta)

- Menos de uma vez por ano.
- Uma vez por ano
- Duas vezes por ano.
- Três vezes por ano.
- Quatro ou mais vezes por ano.

4. Por que motivo(s) não consulta com maior regularidade o seu médico dentista? (assinale com um X a(s) opção(ões) correcta(s))

- Por motivos económicos.
- Porque tenho medo.
- Porque não considero necessário.
- Por falta de disponibilidade.
- Outros. Quais? (escreva) _____

5. Por que motivos veio hoje ao médico dentista? (assinale com um X a(s) opção(ões) correcta(s))

- Porque tinha dores.
- Para uma consulta de rotina.
- Para realizar um tratamento.
- Para uma extracção dentária.
- Para colocar uma prótese dentária.
- Outros. Quais? (escreva) _____

6. Quantas vezes já sofreu do problema pelo qual veio consultar o seu médico dentista? (assinale com um X a opção correcta)

- É a primeira vez.
- É a segunda vez.
- É a terceira vez.
- Já estive com este problema mais de quatro vezes.

7. Considera que o problema que o trouxe hoje ao dentista pode ser curado? (assinale com um X a opção correcta)

- Não, não pode ser curado (1)
- Dificilmente poderá ser curado (2)
- Pode ser curado (3)
- Pode ser curado facilmente (4)

8. Pensa que consegue controlar o problema que o trouxe hoje ao médico dentista? (assinale com um X a opção correcta)

- Não posso controlá-lo (1)
- Muito dificilmente conseguirei controlá-lo (2)
- Posso controlá-lo com algumas dificuldades (3)
- Posso controlá-lo facilmente (4)

9. Qual considera ser a frequência com que aparece um problema como o seu? (assinale com um X a opção correcta)

- Aparece raramente (1)
- É pouco frequente (2)
- É frequente (3)
- É muito frequente (4)

10. Qual considera ser a gravidade do problema que o trouxe ao médico? (assinale com um X a opção correcta)

- Não é grave (1)
- É pouco grave (2)
- É grave (3)
- É muito grave (4)
- É muitíssimo grave – envolve grandes riscos (5)

11. Em que medida se sente responsável pela sua saúde oral? (assinale com um X a opção correcta)

- Não sou responsável (1)
- Sou pouco responsável (2)
- Tenho parte da responsabilidade (3)
- Tenho muita responsabilidade (4)
- Sou completamente responsável (5)

12. Classifique as frases, de **Nunca (1)** a **Sempre (5)**, que correspondem aos seus comportamentos quando está a cumprir um tratamento prescrito pelo médico dentista (assinale com um X a opção correcta para cada uma das afirmações)

12.1. Faça o tratamento de forma correcta, nos horários e vezes recomendados pelo médico.

- Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

12.2. Pare a medicação ou o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer.

- Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

12.3. Pare a medicação ou o tratamento quando me sinto melhor.

- Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

12.4. Pare a medicação ou o tratamento quando sinto que me está a fazer mal a outra coisa.

- Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

13. Costuma cumprir o tratamento prescrito pelo médico dentista nos horários e vezes recomendados e até ao final? (assinale com um X a opção correcta)

- Cumpro Sempre (5)
- Cumpro Muitas vezes (4)
- Cumpro Às vezes (3)
- Raramente Cumpro (2)
- Nunca Cumpro (1)

14. Classifique as frases, de **Nunca (1)** a **Sempre (5)**, que correspondem aos seus comportamentos quando está a cumprir um tratamento prescrito pelos outros médicos dos quais é paciente (assinale com um X a opção correcta para cada uma das afirmações)

14.1. Faça o tratamento de forma correcta, nos horários e vezes recomendados pelo médico.

- Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

14.2. Paro a medicação ou o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer.

- Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

14.3. Paro a medicação ou o tratamento quando me sinto melhor.

- Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

14.4. Paro a medicação ou o tratamento quando sinto que me está a fazer mal a outra coisa.

- Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

15. Costuma cumprir o tratamento prescrito pelos outros médicos dos quais é paciente, nos horários e vezes recomendados e até ao final? (assinale com um X a opção correcta)

- Cumpro Sempre (5)
 Cumpro Muitas vezes (4)
 Cumpro Às vezes (3)
 Raramente Cumpro (2)
 Nunca Cumpro (1)

16. O médico prescreveu-lhe um tratamento? (assinale com um X a opção correcta)

- Sim Não

Se respondeu SIM à questão 16 passe para a questão 17. Se respondeu NÃO passe à questão 21.

17. De quanto tempo é o tratamento prescrito? (escreva) _____

18. Quantas vezes por dia deve cumprir o tratamento? (escreva) _____

19. Vai cumprir o tratamento aconselhado pelo médico? (assinale com um X a opção correcta)

- Sim Não

20. Se NÃO cumprir a prescrição médica é porque: (assinale com um X a opção correcta)

- Não tem possibilidade financeira para cumprir o tratamento prescrito.
 Não sofre dos sintomas da doença diagnosticada pelo médico.
 Tem medo que o tratamento lhe faça mal a outra coisa.
 Tem medo de ficar dependente do tratamento.
 Se esquece de cumprir o tratamento prescrito.
 Outro. Qual? (escreva) _____

21. Utiliza com mais frequência os estabelecimentos de saúde: (assinale com um X a opção correcta)

- Públicos Privados

22. Tem confiança no(s) médico(s) do(s) qual(ais) é paciente? (assinale com um X a opção correcta)

- Não tenho confiança (1)
 Tenho pouca confiança (2)
 Tenho confiança (3)
 Tenho muita confiança (4)

23. Classifique o(s) estabelecimento(s) de saúde que frequenta: (assinale com um X a opção correcta)

- Muito mau(s) (1)
 Mau(s) (2)
 Razoável(eis) (3)
 Bom(s) (4)
 Muito bom(s) (5)

24. Classifique de **Nunca (1)** até **Sempre (5)** os seguintes aspectos da consulta de odontologia da qual acabou de sair:
(assinale com um X a opção correcta)

24.1. O meu médico fornece-me a informação necessária à compreensão do tratamento que prescreve e do meu estado de saúde.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

24.2. O meu médico encoraja-me a fazer perguntas.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

24.3. O meu médico demonstra interesse relativamente às minhas preocupações.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

24.4. Quando marco uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

25. Classifique de **Nunca (1)** até **Sempre (5)** os seguintes aspectos das consultas médicas em geral: (assinale com um X a opção correcta)

25.1. Os médicos fornecem a informação necessária à compreensão do tratamento e do estado de saúde.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

25.2. Os médicos encorajam os utentes a fazer perguntas.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

25.3. Os médicos demonstram interesse relativamente às preocupações dos utentes.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

25.4. Quando um utente marca uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

Dados Individuais:

26. Quantos anos tem? (escreva) _____ anos.

27. Sexo: (assinale com um X a opção correcta)

Masculino Feminino

28. Estado Civil: (assinale com um X a opção correcta)

Solteiro (a) Casado (a) União de facto Divorciado (a) Viúvo (a)

29. Habilitações literárias: (assinale com um X a opção correcta)

Nunca estudou
 4ª classe
 6º ano (antigo 2º ano)
 9º ano (antigo 5º ano)
 12º ano (antigo 7º ano)
 Bacharelato / Licenciatura
 Pós-graduação / Mestrado / Doutoramento

30. Tem residência fixa? (assinale com um X a opção correcta) Sim Não

30.1. Há quanto tempo mora na residência actual? (escreva) _____

Questionário ao Médico Dentista

O presente questionário pretende recolher dados para um estudo relativo à gravidade da doença e ao cumprimento do tratamento prescrito pelo profissional de saúde. Este estudo insere-se no âmbito de uma Tese de Mestrado em Ecologia Humana que está a ser desenvolvida por uma aluna da Universidade de Évora.

A sua colaboração é muito importante. O questionário é anónimo e a informação fornecida será tratada de forma confidencial. O relatório dos resultados da pesquisa não identificará os participantes.

Obrigada pela sua colaboração!

1. Quantas vezes por ano, visita o utente, em média, o seu consultório? (assinale com um X a opção correcta)

- Menos de uma vez por ano.
- Uma vez por ano.
- Duas vezes por ano.
- Três vezes por ano.
- Quatro ou mais vezes por ano.

2. Considera que o utente o consulta com a regularidade necessária? (assinale com um X a opção correcta)

- Sim Não

Se respondeu **NÃO** à questão anterior passe à questão 3. Se respondeu **SIM** passe à questão 5.

3. Qual o número de consultas anuais que, na sua opinião, deveriam ser frequentadas pelo utente? (assinale com um X a opção correcta)

- Menos de uma vez por ano.
- Uma vez por ano.
- Duas vezes por ano.
- Três vezes por ano.
- Quatro ou mais vezes por ano.

4. Por que motivo(s) o utente não o consulta com maior regularidade? (assinale com um X a(s) opção(ões) correcta(s))

- Por motivos económicos.
- Porque tem medo.
- Porque não considera necessário.
- Por falta de disponibilidade.
- Outros. Quais? (escreva) _____

5. Por que motivos veio hoje o utente ao seu consultório? (assinale com um X a(s) opção(ões) correcta(s))

- Porque tinha dores.
- Para uma consulta de rotina.
- Para realizar um tratamento.
- Para uma extracção dentária.
- Para colocar uma prótese dentária.
- Outros. Quais? (escreva) _____

6. Quantas vezes já esteve o utente com este problema? (assinale com um X a opção correcta)

- É a primeira vez.
- É a segunda vez.
- É a terceira vez.
- Já esteve com este problema mais de quatro vezes.

7. Considera que o problema que trouxe o utente hoje ao seu consultório pode ser curado? (assinale com um X a opção correcta)

- Não, não pode ser curado (1)
- Dificilmente poderá ser curado (2)
- Pode ser curado (3)
- Pode ser curado facilmente (4)

8. Pensa que o utente consegue controlar o problema que o trouxe hoje ao médico dentista? (assinale com um X a opção correcta)
- Não o pode controlar (1)
 Muito dificilmente o conseguirá controlar (3)
 Pode controlá-lo com algumas dificuldades (4)
 Pode controlá-lo facilmente (5)
9. Qual considera ser a frequência com que aparece um problema como o do utente em questão? (assinale com um X a opção correcta)
- Aparece raramente (1)
 É pouco frequente (2)
 É frequente (3)
 É muito frequente (4)
10. Qual é a gravidade do problema que trouxe hoje o utente ao médico? (assinale com um X a opção correcta)
- Não é grave (1)
 É pouco grave (2)
 É grave (3)
 É muito grave (4)
 É muitíssimo grave – envolve grandes riscos (5)
11. Em que medida é o utente responsável pela sua saúde oral? (assinale com um X a opção correcta)
- Não é responsável (1)
 É pouco responsável (2)
 Tem parte da responsabilidade (3)
 Tem muita responsabilidade (4)
 É completamente responsável (5)
12. O utente tem por hábito cumprir o tratamento que lhe prescreve? (assinale com um X a opção correcta)
- Cumpre Sempre (5)
 Cumpre Muitas vezes (4)
 Cumpre Às vezes (3)
 Raramente Cumpre (2)
 Nunca Cumpre (1)
13. Quando o utente **NÃO** cumpre a sua prescrição é porque: (assinale com um X a opção correcta)
- Não tem possibilidade financeira para cumprir o tratamento prescrito.
 Não sofre dos sintomas da doença diagnosticada pelo médico.
 Tem medo que o tratamento lhe faça mal a outra coisa.
 Tem medo de ficar dependente do tratamento.
 Se esquece de cumprir o tratamento prescrito.
 Outro. Qual? (escreva) _____
14. Prescreveu algum tratamento ao utente? (assinale com um X a opção correcta)
- Sim Não
- Se respondeu **SIM** à questão 14 passe para a questão 15. Se respondeu **NÃO** à questão 14 passe para a questão 18.
15. De quanto tempo é o tratamento prescrito? (escreva) _____
16. Quantas vezes por dia deve o utente cumprir o tratamento? (escreva) _____
17. Pensa que o utente vai cumprir o tratamento aconselhado? (assinale com um X a opção correcta)
- Sim Não

18. Classifique de **Nunca (1)** até **Sempre (5)** os seguintes aspectos das consultas médicas: (assinale com um X a opção correcta)

18.1. Os médicos fornecem ao utente a informação necessária à compreensão do tratamento e do estado de saúde.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

18.2. Os médicos encorajam o utente a fazer perguntas.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

18.3. Os médicos demonstram interesse relativamente às preocupações do utente.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

18.4. Quando o utente marca uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

Dados Individuais:

19. Quantos anos tem? (escreva) _____ anos.

20. Sexo: (assinale com um X a opção correcta)

Masculino Feminino

21. Estado Civil: (assinale com um X a opção correcta)

Solteiro (a) Casado (a) União de facto Divorciado (a) Viúvo (a)

Questionário ao Utente Antes da Consulta

O presente questionário pretende recolher dados para um estudo relativo à gravidade da doença e ao cumprimento do tratamento prescrito pelo profissional de saúde. Este estudo insere-se no âmbito de uma Tese de Mestrado em Ecologia Humana que está a ser desenvolvida por uma aluna da Universidade de Évora.

A sua colaboração é muito importante. O questionário é anónimo e a informação fornecida será tratada de forma confidencial. O relatório dos resultados da pesquisa não identificará os participantes.

Obrigada pela sua colaboração!

1. Actualmente está doente? (assinale com um X a opção correcta) Sim Não

2. Se respondeu não à questão 1 indique há quanto tempo não está doente. (escreva) _____

Se respondeu SIM à questão 1 passe para a questão 3. Se respondeu NÃO passe para a questão 12.

3. Há quanto tempo está doente? (escreva) _____

4. Considera a sua doença: (assinale com um X a opção correcta)

- Aguda (doença que surge subitamente e tem uma evolução rápida).
 Crónica (doença que evolui lentamente e se prolonga).

5. Quantas vezes já esteve doente com esta doença? (assinale com um X a opção correcta)

- É a primeira vez que estou doente com esta doença.
 É a segunda vez que estou doente com esta doença.
 É a terceira vez que estou doente com esta doença.
 Já estive doente com esta doença mais de quatro vezes.

6. Qual(ais) considera ser(em) a(s) causa(s) da sua doença? (assinale com um X a(s) opção(ões) correcta(s))

- Preocupações pessoais e profissionais.
 Condições de trabalho (trabalho em excesso, más condições de trabalho, problemas com colegas, etc.).
 Infecção por bactérias ou vírus.
 Medicação.
 Estilo de vida (alimentação descuidada, falta de exercício físico, alcoolismo, etc.)
 Foi a vontade de Deus.
 Outras. Quais? (escreva) _____

7. Pensa que a doença da qual sofre pode ser curada? (assinale com um X a opção correcta)

- Não, não pode ser curada (1)
 Dificilmente poderá ser curada (2)
 Pode ser curada (3)
 Pode ser curada facilmente (4)

8. Pensa que consegue controlar a sua doença? (assinale com um X a opção correcta)

- Não posso controlar a doença (1)
 Muito dificilmente conseguirei controlar a doença (2)
 Posso controlar a doença com algumas dificuldades (3)
 Posso controlar a doença facilmente (4)

9. Qual considera ser a frequência com que aparece um caso de doença como o seu? (assinale com um X a opção correcta)

- Um caso de doença como o meu aparece raramente (1)
 Um caso de doença como o meu é pouco frequente (2)
 Um caso de doença como o meu é frequente (3)
 Um caso de doença como o meu é muito frequente (4)

10. Qual considera ser a gravidade da sua doença? (assinale com um X a opção correcta)

- Não é grave (1)
- É pouco grave (2)
- É grave (3)
- É muito grave (4)
- É muitíssimo grave – não tem cura (5)

11. Em que medida se sente responsável pela sua doença? (assinale com um X a opção correcta)

- Não sou responsável (1)
- Sou pouco responsável (2)
- Tenho parte da responsabilidade (3)
- Tenho muita responsabilidade (4)
- Sou completamente responsável (5)

12. Por que motivo(s) veio ao médico? (assinale com um X a(s) opção(ões) correcta(s))

- Porque percebi os sintomas da doença (dores, febre, náuseas, apatia, vômitos, etc.)
- Não me sentia bem. Não me sentia normal.
- Devido a resultados de exames médicos.
- Por conselho de familiares ou amigos.
- Por conselho de outros profissionais de saúde.
- Para realizar exames médicos.
- Outro. Qual? (escreva) _____

13. Que consequências poderá ter uma situação de doença na sua vida?

(classifique as afirmações de Não provável (1) a Muito provável (4)).

13.1. Perder o emprego ou a ocupação profissional.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

13.2. Não ter dinheiro para cumprir o tratamento prescrito pelo médico.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

13.3. Ficar dependente dos outros.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

13.4. Ter dificuldades no relacionamento com familiares e amigos.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

14. Que consequências poderá ter uma situação de doença sua na vida dos seus familiares e amigos?

(classifique as afirmações de Não provável (1) a Muito provável (4)).

14.1. Os meus familiares e amigos podem perder o emprego ou a ocupação profissional.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

14.2. Os meus familiares e amigos podem ter que despende muito tempo para cuidar de mim.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

14.3. Os meus familiares e amigos podem ter que me fornecer ajuda financeira.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

14.4. Os meus familiares e amigos podem ter dificuldades no relacionamento comigo.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

15. Classifique as frases, de **Nunca (1)** a **Sempre (5)**, que correspondem aos seus comportamentos quando está a cumprir um tratamento médico (assinale com um **X** a opção correcta para cada uma das afirmações)

15.1. Faço o tratamento de forma correcta, nos horários e vezes recomendados pelo médico.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

15.2. paro a medicação ou o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

15.3. paro a medicação ou o tratamento quando me sinto melhor.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

15.4. paro a medicação ou o tratamento quando sinto que me está a fazer mal a outra coisa.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

16. Costuma cumprir o tratamento prescrito pelo seu médico nos horários e vezes recomendados e até ao final? (assinale com um **X** a opção correcta)

- Cumpro Sempre (5)
- Cumpro Muitas vezes (4)
- Cumpro Às vezes (3)
- Raramente Cumpro (2)
- Nunca Cumpro (1)

17. Quando **NÃO** cumpre a prescrição médica é porque: (assinale com um **X** a opção correcta)

- Não tem possibilidade financeira para cumprir o tratamento prescrito.
- Não sofre dos sintomas da doença diagnosticada pelo médico.
- Tem medo que o tratamento lhe faça mal a outra coisa.
- Tem medo de ficar dependente do tratamento.
- Se esquece de cumprir o tratamento prescrito.
- Outro. Qual? (escreva) _____

18. Utiliza com mais frequência os estabelecimentos de saúde: (assinale com um **X** a opção correcta)

Públicos Privados

19. Tem confiança no(s) médico(s) do(s) qual(ais) é paciente? (assinale com um **X** a opção correcta)

- Não tenho confiança (1)
- Tenho pouca confiança (2)
- Tenho confiança (3)
- Tenho muita confiança (4)

20. Classifique o(s) estabelecimento(s) de saúde que frequenta: (assinale com um **X** a opção correcta)

- Muito mau(s) (1)
- Mau(s) (2)
- Razoável(eis) (3)
- Bom(s) (4)
- Muito bom(s) (5)

21. Classifique de **Nunca (1)** até **Sempre (5)** os seguintes aspectos das consultas médicas que frequenta: (assinale com um **X** a opção correcta)

21.1. O meu médico fornece-me a informação necessária à compreensão do tratamento que prescreve e do meu estado de saúde.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

21.2. O meu médico encoraja-me a fazer perguntas.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

21.3. O meu médico demonstra interesse relativamente às minhas preocupações.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

21.4. Quando marco uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

22. Classifique de **Nunca (1)** até **Sempre (5)** os seguintes aspectos das consultas médicas em geral: (assinale com um **X** a opção correcta)

22.1. Os médicos fornecem a informação necessária à compreensão do tratamento e do estado de saúde.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

22.2. Os médicos encorajam os doentes a fazer perguntas.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

22.3. Os médicos demonstram interesse relativamente às preocupações dos utentes.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

22.4. Quando um utente marca uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

Dados Individuais:

23. Quantos anos tem? (escreva) _____ anos.

24. Sexo: (assinale com um **X** a opção correcta)

Masculino Feminino

25. Estado Civil: (assinale com um **X** a opção correcta)

Solteiro (a) Casado (a) União de facto Divorciado (a) Viúvo (a)

26. Habilitações literárias: (assinale com um **X** a opção correcta)

Nunca estudou
 4ª classe
 6º ano (antigo 2º ano)
 9º ano (antigo 5º ano)
 12º ano (antigo 7º ano)
 Bacharelato / Licenciatura
 Pós-graduação / Mestrado / Doutoramento

27. Tem residência fixa? (assinale com um **X** a opção correcta) Sim Não

27.1. Há quanto tempo mora na residência actual? (escreva) _____

Questionário ao Utente Depois da Consulta

O presente questionário pretende recolher dados para um estudo relativo à gravidade da doença e ao cumprimento do tratamento prescrito pelo profissional de saúde. Este estudo insere-se no âmbito de uma Tese de Mestrado em Ecologia Humana que está a ser desenvolvida por uma aluna da Universidade de Évora.

A sua colaboração é muito importante. O questionário é anónimo e a informação fornecida será tratada de forma confidencial. O relatório dos resultados da pesquisa não identificará os participantes.

Obrigada pela sua colaboração!

1. Actualmente está doente? (assinale com um X a opção correcta) Sim Não

2. Se respondeu **não** à questão anterior indique há quanto tempo **não está doente**. (escreva) _____

Se respondeu **SIM** à questão 1 passe para a questão 3. Se respondeu **NÃO** passe para a questão 12.

3. Há quanto tempo **está doente**? (escreva) _____

4. Considera a sua doença: (assinale com um X a opção correcta)

- Aguda (doença que surge subitamente e tem uma evolução rápida).
 Crónica (doença que evolui lentamente e se prolonga).

5. Quantas vezes já esteve doente com esta doença? (assinale com um X a opção correcta)

- É a primeira vez que estou doente com esta doença.
 É a segunda vez que estou doente com esta doença.
 É a terceira vez que estou doente com esta doença.
 Já estive doente com esta doença mais de quatro vezes.

6. Qual(ais) considera ser(em) a(s) causa(s) da sua doença? (assinale com um X a(s) opção(ões) correcta(s))

- Preocupações pessoais e profissionais.
 Condições de trabalho (trabalho em excesso, más condições de trabalho, problemas com colegas, etc.).
 Infecção por bactérias ou vírus.
 Medicação.
 Estilo de vida (alimentação descuidada, falta de exercício físico, alcoolismo, etc)
 Foi a vontade de Deus.
 Outras. Quais? (escreva) _____

7. Pensa que a doença da qual sofre pode ser curada? (assinale com um X a opção correcta)

- Não, não pode ser curada (1)
 Dificilmente poderá ser curada (2)
 Pode ser curada (3)
 Pode ser curada facilmente (4)

8. Pensa que consegue controlar a sua doença? (assinale com um X a opção correcta)

- Não posso controlar a doença (1)
 Muito dificilmente conseguirei controlar a doença (2)
 Posso controlar a doença com algumas dificuldades (3)
 Posso controlar a doença facilmente (4)

9. Qual considera ser a frequência com que aparece um caso de doença como o seu? (assinale com um X a opção correcta)

- Aparece raramente (1)
 É pouco frequente (2)
 É frequente (3)
 É muito frequente (4)

10. Qual considera ser a gravidade da sua doença? (assinale com um X a opção correcta)

- Não é grave (1)
- É pouco grave (2)
- É grave (3)
- É muito grave (4)
- É muitíssimo grave – não tem cura (5)

11. Em que medida se sente responsável pela sua doença? (assinale com um X a opção correcta)

- Não sou responsável (1)
- Sou pouco responsável (2)
- Tenho parte da responsabilidade (3)
- Tenho muita responsabilidade (4)
- Sou completamente responsável (5)

12. Por que motivo(s) veio ao médico? (assinale com um X a(s) opção(ões) correcta(s))

- Porque percebi os sintomas da doença (dores, febre, náuseas, apatia, vômitos, etc.)
- Não me sentia bem. Não me sentia normal.
- Devido a resultados de exames médicos.
- Por conselho de familiares ou amigos.
- Por conselho de outros profissionais de saúde.
- Para realizar exames médicos.
- Outro. Qual? (escreva) _____

13. Que consequências tem ou poderá ter uma situação de doença na sua vida?

(classifique as afirmações de Não provável (1) a Muito provável (4)).

13.1. Perder o emprego ou a ocupação profissional.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

13.2. Não ter dinheiro para cumprir o tratamento prescrito pelo médico.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

13.3. Ficar dependente dos outros.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

13.4. Ter dificuldades no relacionamento com familiares e amigos.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

14. Que consequências tem ou poderá ter uma situação de doença sua na vida dos seus familiares e amigos?

(classifique as afirmações de Não provável (1) a Muito provável (4)).

14.1. Os meus familiares e amigos podem perder o emprego ou a ocupação profissional.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

14.2. Os meus familiares e amigos podem ter que despender muito tempo para cuidar de mim.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

14.3. Os meus familiares e amigos podem ter que me fornecer ajuda financeira.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

14.4. Os meus familiares e amigos podem ter dificuldades no relacionamento comigo.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

15. Classifique as frases, de **Nunca (1)** a **Sempre (5)**, que correspondem aos seus comportamentos quando está a cumprir um tratamento médico (assinale com um **X** a opção correcta para cada uma das afirmações)

15.1. Faço o tratamento de forma correcta, nos horários e vezes recomendados pelo médico.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

15.2. Paro a medicação ou o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

15.3. Paro a medicação ou o tratamento quando me sinto melhor.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

15.4. Paro a medicação ou o tratamento quando sinto que me está a fazer mal a outra coisa.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

16. Costuma cumprir o tratamento prescrito pelo seu médico nos horários e vezes recomendados e até ao final? (assinale com um **X** a opção correcta)

- Cumpro Sempre (5)
- Cumpro Muitas vezes (4)
- Cumpro Às vezes (3)
- Raramente Cumpro (2)
- Nunca Cumpro (1)

17. O médico prescreveu-lhe um tratamento? (assinale com um **X** a opção correcta)

Sim Não

Se respondeu **SIM** à questão 17 passe para a questão 18. Se respondeu **NÃO** passe à questão 22.

18. De quanto tempo é o tratamento prescrito? (escreva) _____

19. Quantas vezes por dia deve cumprir o tratamento? (escreva) _____

20. Vai cumprir o tratamento aconselhado pelo médico? (assinale com um **X** a opção correcta)

Sim Não

21. Se **NÃO** cumprir a prescrição médica é porque: (assinale com um **X** a opção correcta)

- Não tem possibilidade financeira para cumprir o tratamento prescrito.
- Não sofre dos sintomas da doença diagnosticada pelo médico.
- Tem medo que o tratamento lhe faça mal a outra coisa.
- Tem medo de ficar dependente do tratamento.
- Se esquece de cumprir o tratamento prescrito.
- Outro. Qual? (escreva) _____

22. Utiliza com mais frequência os estabelecimentos de saúde: (assinale com um **X** a opção correcta)

Públicos Privados

23. Tem confiança no(s) médico(s) do(s) qual(ais) é paciente? (assinale com um **X** a opção correcta)

- Não tenho confiança (1)
- Tenho pouca confiança (2)
- Tenho confiança (3)
- Tenho muita confiança (4)

24. Classifique o(s) estabelecimento(s) de saúde que frequenta: (assinale com um **X** a opção correcta)

- Muito mau(s) (1)
- Mau(s) (2)
- Razoável(eis) (3)
- Bom(s) (4)
- Muito bom(s) (5)

25. Classifique de **Nunca (1)** até **Sempre (5)** os seguintes aspectos da consulta médica da qual acabou de sair: (assinale com um **X** a opção correcta)

25.1. O meu médico fornece-me a informação necessária à compreensão do tratamento que prescreve e do meu estado de saúde.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

25.2. O meu médico encoraja-me a fazer perguntas.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

25.3. O meu médico demonstra interesse relativamente às minhas preocupações.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

25.4. Quando marco uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

26. Classifique de **Nunca (1)** até **Sempre (5)** os seguintes aspectos das consultas médicas em geral: (assinale com um **X** a opção correcta)

26.1. Os médicos fornecem a informação necessária à compreensão do tratamento e do estado de saúde.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

26.2. Os médicos encorajam os doentes a fazer perguntas.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

26.3. Os médicos demonstram interesse relativamente às preocupações dos utentes.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

26.4. Quando um utente marca uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

Dados individuais:

27. Quantos anos tem? (escreva) _____ anos.

28. Sexo: (assinale com um **X** a opção correcta)

Masculino Feminino

29. Estado Civil: (assinale com um **X** a opção correcta)

Solteiro (a) Casado (a) União de facto Divorciado (a) Viúvo (a)

30. Habilitações literárias: (assinale com um **X** a opção correcta)

Nunca estudou
 4ª classe
 6º ano (antigo 2º ano)
 9º ano (antigo 5º ano)
 12º ano (antigo 7º ano)
 Bacharelato / Licenciatura
 Pós-graduação / Mestrado / Doutoramento

31. Tem residência fixa? (assinale com um **X** a opção correcta) Sim Não

31.1. Há quanto tempo mora na residência actual? (escreva) _____

Questionário ao Profissional de Saúde

O presente questionário pretende recolher dados para um estudo relativo à gravidade da doença e ao cumprimento do tratamento prescrito pelo profissional de saúde. Este estudo insere-se no âmbito de uma Tese de Mestrado em Ecologia Humana que está a ser desenvolvida por uma aluna da Universidade de Évora.

A sua colaboração é muito importante. O questionário é anónimo e a informação fornecida será tratada de forma confidencial. O relatório dos resultados da pesquisa não identificará os participantes.

Obrigada pela sua colaboração!

1. Actualmente o utente está doente? (assinale com um X a opção correcta)

Sim Não

Se respondeu SIM à questão 1 passe à questão 2. Se respondeu NÃO à questão 1 passe à questão 11.

2. Há quanto tempo está o utente doente? (escreva) _____

3. A doença do utente é uma doença: (assinale com um X a opção correcta)

Aguda (doença que surge subitamente e tem uma evolução rápida).
 Crónica (doença que evolui lentamente e se prolonga).

4. Quantas vezes já esteve o utente doente com esta doença? (assinale com um X a opção correcta)

É a primeira vez que está doente com esta doença.
 É a segunda vez que está doente com esta doença.
 É a terceira vez que está doente com esta doença.
 Já esteve doente com esta doença mais do que quatro vezes.

5. Qual(ais) considera ser(em) a(s) causa(s) da doença do utente? (assinale com um X a(s) opção(ões) correcta(s))

Preocupações pessoais e profissionais.
 Condições de trabalho (trabalho em excesso, más condições de trabalho, problemas com colegas, etc.).
 Infecção por bactérias ou vírus.
 Medicação.
 Estilo de vida (alimentação descuidada, falta de exercício físico, alcoolismo, etc.).
 Foi a vontade de Deus.
 Outras. Quais? (escreva) _____

6. Pensa que a doença da qual o utente sofre pode ser curada? (assinale com um X a opção correcta)

Não, não pode ser curada (1)
 Dificilmente poderá ser curada (2)
 Pode ser curada (3)
 Pode ser curada facilmente (4)

7. A doença pode ser controlada pelo utente? (assinale com um X a opção correcta)

Não, o utente não pode controlar a doença (1)
 Muito dificilmente conseguirá controlar a doença (2)
 Pode controlar a doença com algumas dificuldades (3)
 Pode controlar a doença facilmente (4)

8. Qual considera ser a frequência com que aparece um caso de doença como a do utente em questão? (assinale com um X a opção correcta)

Aparece raramente (1)
 É pouco frequente (2)
 É frequente (3)
 É muito frequente (4)

9. Qual é a gravidade da doença do utente? (assinale com um X a opção correcta)

- Não é grave (1)
- É pouco grave (2)
- É grave (3)
- É muito grave (4)
- É muitíssimo grave – envolve grandes riscos (5)

10. Em que medida é o utente responsável pela sua doença? (assinale com um X a opção correcta)

- Não é responsável (1)
- É pouco responsável (2)
- Tem parte da responsabilidade (3)
- Tem muita responsabilidade (4)
- É completamente responsável (5)

11. Por que motivo(s) veio o utente ao médico? (assinale com um X a(s) opção(ões) correcta(s))

- Porque percebeu os sintomas da doença (dores, febre, náuseas, apatia, vómitos, etc.)
- Não se sentia bem. Não se sentia normal.
- Devido a resultados de exames médicos.
- Por conselho de familiares ou amigos.
- Por conselho de outros profissionais de saúde.
- Para realizar exames médicos.
- Outro. Qual? (escreva) _____

12. O utente tem por hábito cumprir o tratamento prescrito? (assinale com um X a opção correcta)

- Cumpre Sempre (5)
- Cumpre Muitas vezes (4)
- Cumpre Às vezes (3)
- Raramente Cumpre (2)
- Nunca Cumpre (1)

13. Quando o utente **NÃO** cumpre a prescrição médica é porque: (assinale com um X a opção correcta)

- Não tem possibilidade financeira para cumprir o tratamento prescrito.
- Não sofre dos sintomas da doença diagnosticada pelo médico.
- Tem medo que o tratamento lhe faça mal a outra coisa.
- Tem medo de ficar dependente do tratamento.
- Se esquece de cumprir o tratamento prescrito.
- Outro. Qual? (escreva) _____

14. Prescreveu algum tratamento ao utente? (assinale com um X a opção correcta)

- Sim Não

Se respondeu **SIM** à questão 14 passe para a questão 15. Se respondeu **NÃO** à questão 14 passe para a questão 18.

15. De quanto tempo é o tratamento prescrito? (escreva) _____

16. Quantas vezes por dia deve o utente cumprir o tratamento? (escreva) _____

17. Pensa que o utente vai cumprir o tratamento aconselhado? (assinale com um X a opção correcta)

- Sim Não

18. Classifique de **Nunca (1)** até **Sempre (5)** os seguintes aspectos das consultas médicas: (assinale com um X a opção correcta)

18.1. Os médicos fornecem ao utente a informação necessária à compreensão do tratamento e do estado de saúde.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

18.3. Os médicos encorajam o utente a fazer perguntas.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

18.4. Os médicos demonstram interesse relativamente às preocupações do utente.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

18.5. Quando o utente marca uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

Dados Individuais:

19. Quantos anos tem? (escreva) _____ anos.

20. Sexo: (assinale com um X a opção correcta)

Masculino Feminino

21. Estado Civil: (assinale com um X a opção correcta)

Solteiro (a) Casado (a) União de facto Divorciado (a) Viúvo (a)

Questionário aos Indivíduos Não Doentes

O presente questionário pretende recolher dados para um estudo relativo à gravidade da doença e ao cumprimento do tratamento prescrito pelo profissional de saúde. Este estudo insere-se no âmbito de uma Tese de Mestrado em Ecologia Humana que está a ser desenvolvida por uma aluna da Universidade de Évora.

A sua colaboração é muito importante. O questionário é anónimo e a informação fornecida será tratada de forma confidencial. O relatório dos resultados da pesquisa não identificará os participantes.

Obrigada pela sua colaboração!

1. Actualmente está doente? (assinale com um X a opção correcta) Sim Não
2. Se respondeu não à questão 1 indique há quanto tempo não está doente. (escreva) _____
3. Qual considera ser a probabilidade de poder contrair uma doença? (assinale com um X a opção correcta)

- A probabilidade é nula
 É pouco provável
 É provável
 É muito provável

4. Que consequências poderá ter uma situação de doença na sua vida?
(classifique as afirmações de Não provável (1) a Muito provável (4)).

4.1. Perder o emprego ou a ocupação profissional.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

4.2. Não ter dinheiro para cumprir o tratamento prescrito pelo médico.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

4.3. Ficar dependente dos outros.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

4.4. Ter dificuldades no relacionamento com familiares e amigos.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

5. Que consequências poderá ter uma situação de doença sua na vida dos seus familiares e amigos?
(classifique as afirmações de Não provável (1) a Muito provável (4)).

5.1. Os meus familiares e amigos podem perder o emprego ou a ocupação profissional.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

5.2. Os meus familiares e amigos podem ter que despende muito tempo para cuidar de mim.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

5.3. Os meus familiares e amigos podem ter que me fornecer ajuda financeira.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

5.4. Os meus familiares e amigos podem ter dificuldades no relacionamento comigo.

- Não provável (1) Pouco provável (2) Provável (3) Muito provável (4)

6. Classifique as frases, de **Nunca (1)** a **Sempre (5)**, que correspondem aos seus comportamentos quando está a cumprir um tratamento médico (assinale com um X a opção correcta para cada uma das afirmações)

6.1. Faço o tratamento de forma correcta, nos horários e vezes recomendados pelo médico.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

6.2. paro a medicação ou o tratamento apenas quando tenho indicação médica para o fazer.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

6.3. paro a medicação ou o tratamento quando me sinto melhor.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

6.4. paro a medicação ou o tratamento quando sinto que me está a fazer mal a outra coisa.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

7. Costuma cumprir o tratamento prescrito pelo seu médico nos horários e vezes recomendados e até ao final? (assinale com um X a opção correcta)

Cumpro Sempre (5)
 Cumpro Muitas vezes (4)
 Cumpro Às vezes (3)
 Raramente Cumpro (2)
 Nunca Cumpro (1)

8. Quando **NÃO** cumpre a prescrição médica é porque: (assinale com um X a opção correcta)

Não tem possibilidade financeira para cumprir o tratamento prescrito.
 Não sofre dos sintomas da doença diagnosticada pelo médico.
 Tem medo que o tratamento lhe faça mal a outra coisa.
 Tem medo de ficar dependente do tratamento.
 Se esquece de cumprir o tratamento prescrito.
 Outro. Qual? (escreva) _____

9. Utiliza com mais frequência os estabelecimentos de saúde: (assinale com um X a opção correcta)

Públicos Privados

10. Tem confiança no(s) médico(s) do(s) qual(ais) é paciente? (assinale com um X a opção correcta)

Não tenho confiança (1)
 Tenho pouca confiança (2)
 Tenho confiança (3)
 Tenho muita confiança (4)

11. Classifique o(s) estabelecimento(s) de saúde que frequenta: (assinale com um X a opção correcta)

Muito mau(s) (1)
 Mau(s) (2)
 Razoável(eis) (3)
 Bom(s) (4)
 Muito bom(s) (5)

12. Classifique de **Nunca (1)** até **Sempre (5)** os seguintes aspectos das consultas médicas que frequenta: (assinale com um X a opção correcta)

12.1. O meu médico fornece-me a informação necessária à compreensão do tratamento que prescreve e do meu estado de saúde.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

12.2. O meu médico encoraja-me a fazer perguntas.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

12.3. O meu médico demonstra interesse relativamente às minhas preocupações.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

12.4. Quando marco uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

13. Classifique de **Nunca (1)** até **Sempre (5)** os seguintes aspectos das consultas médicas em geral: (assinale com um X a opção correcta)

13.1. Os médicos fornecem a informação necessária à compreensão do tratamento e do estado de saúde.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

13.2. Os médicos encorajam os utentes a fazer perguntas.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

13.3. Os médicos demonstram interesse relativamente às preocupações dos utentes.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

13.4. Quando um utente marca uma consulta, o tempo entre esta marcação e a consulta é muito longo.

Sempre (5) Muitas vezes (4) Às vezes (3) Raramente (2) Nunca (1)

Dados Individuais:

14. Quantos anos tem? (escreva) _____ anos.

15. Sexo: (assinale com um X a opção correcta)

Masculino Feminino

16. Estado Civil: (assinale com um X a opção correcta)

Solteiro (a) Casado (a) União de facto Divorciado (a) Viúvo (a)

17. Habilitações literárias: (assinale com um X a opção correcta)

Nunca estudou
 4ª classe
 6º ano (antigo 2º ano)
 9º ano (antigo 5º ano)
 12º ano (antigo 7º ano)
 Bacharelato / Licenciatura
 Pós-graduação / Mestrado / Doutoramento

18. Tem residência fixa? (assinale com um X a opção correcta) Sim Não

18.1. Há quanto tempo mora na residência actual? (escreva) _____